

# **Lihavuuden biopoliittinen haltuunotto**

**Suomen Lääkärilehden tekstit lihavuudesta vuosilta 1995-2008 medikalisoituneessa  
kulttuurissa**

**Timo Aho**

**Pro gradu -tutkielma**

**Sosiologia**

**Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos**

**Jyväskylän yliopisto**

**Syksy 2009**

# Tiivistelmä

Lihavuuden biopoliittinen haltuunotto  
Suomen Lääkärilehden tekstit lihavuudesta 1995-2008 medikalisoituneessa kulttuurissa  
Timo Aho  
Sosiologia  
Pro gradu -tutkielma  
Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos  
Jyväskylän yliopisto  
Ohjaaja: Tapio Litmanen  
Syyskuu 2009  
sivumäärä: 137 + kaksi liitesivua

Tutkielmassa käsitellään Suomen Lääkärilehden (n=47) kirjoittelua lihavuudesta ja ylipainosta vuosien 1995-2008 väliseltä ajalta. Varsinainen tutkimustehtävä on kahtalainen: tutkimuksessa keskitytään siihen millaisia hegemonisia diskursseja terveysalan asiantuntijat tuottavat Suomen Lääkärilehden lihavuuspuheessa. Toisekseen tarkastellaan, miten esiin nostetuilla hegemonisilla diskursseilla pyritään kontrolloimaan ihmisten *elämäkäytäntöjä*. Huomio kohdistuu erityisesti lihavuuden ja ruumiillisuuksien hallinnan käytäntöihin, joilla terveysammattilaiset pyrkivät vaikuttamaan ihmisten tapoihin orientoitua elämäänsä.

Tutkimuksen teoreettis-metodologiset ratkaisut pohjautuivat sosiaalisen konstruktionismin perinteeseen. Lihavuuskirjoittelua analysoitiin Norman Fairclough'n kriittisen diskurssianalyysin avulla, jossa kieltä ei nähdä neutraalina tai tilanteisena todellisuuden kuvauksena, vaan ideologisesti virittyneiden ajattelutapojen tuotoksena. Tutkimuksen keskeisin käsitteistö mukaili Michel Foucault'n *biovallan* tematiikkaa, jonka perustana on ajatus ruumiiden kontrolloinnista. Biovallan tarkastelua jalostettiin *medikalisaation* – eli elämänalueiden lääketieteellistymisen avulla, jolloin biovalta näyttäytyi ihmiselämään kiinnittyvänä, medikaalisena asiantuntijakontrollina.

Tutkimustuloksiksi muodostui kaksi hegemonista metadiskurssia – *medikaalinen* ja *yhteiskunnallinen*. Metadiskurssit rakentuivat neljästä aladiskurssista, jotka olivat *riskin faktuaalistamisen* ja *kulttuurisen rapautumisen* diskurssit sekä *psykologinen* ja *yhteiskuntapoliittinen* diskurssi. Diskursseissa lihavuudesta konstruointiin – medikaalisia tekniikoita ja asiantuntijuutta hyödyntäen – keskeinen ihmisten vitaalisuutta uhkaava elementti, joilla elämäkäytäntöihin puuttuminen oikeutettiin. Lisäksi diskurssien yhteisvaikutuksesta muodostui yhtenäinen diskurssikoalitio, eli *somaattisen subjektuuden* diskurssi, jonka funktio oli opettaa väestöä ruumiinkunnon ylläpitoon, ts. tuottaa vastuullistettuja – ruumistietoisia subjekteja. Johtopäätöksenä todettakoon, että lihavuus näyttäytyi sekä kulttuurisen epäjärjestyksen, että yksilöllisen elämän kontrolloimattomuuden representaationa. Medikaalinen kontrolli medikalisoi – ei vain lihavuutta – vaan koko ruumiillisen olemisemme siten, että ehdollistuisimme jatkuvaan, elämänmittaiseen ruumiintarkkailuun.

Avainsanat: biovalta, biopolitiikka, lihavuus, kriittinen diskurssianalyysi, medikalisaatio ruumiillisuus, vitaalipoliitiikka

## Sisällys

1 Johdanto.....	2
2 Sosiologian ruumiillisuus.....	9
2.1 Klassikoista nykyaikaan.....	9
2.2 Ruumiin käsitteellistäminen ruumis- ja lihavuustutkimuksessa.....	14
3 Elämän ja ruumiin biopolitisoituminen.....	20
3.1 Ruumis biovallan tuotteena.....	20
3.2 Asiantuntijuus ja itsekontrolli biopoliittisen hallitsemisen keinona .....	25
4 Terveyskansalaisuus ja medikaalinen kontrolli.....	28
4.1 Hallinnan tavoitteena terve kansalainen .....	28
4.2 Medikalisaation nousu.....	32
4.3 Lihava ruumis on sairas ja epänormaali.....	38
5 Tutkimuksen toteutus ja metodiset ratkaisut.....	43
5.1 Tutkimusasetelman rakentuminen.....	43
5.2 Tietoteoreettinen jalusta ja diskurssianalyysistä yleisesti.....	45
5.3 Diskurssianalyysin kriittinen versio tutkimuksessa.....	48
5.4 Katsaus aineistoon ja analyysin eteneminen .....	52
6 Lihavuuden representoituminen Suomen Lääkärilehdessä.....	64
6.1 Lihavuuden medikaalinen haltuunotto – medikaalinen diskurssi.....	66
6.1.1 Riskin faktuaalistamisen diskurssi.....	66
6.1.2 Psykologinen diskurssi.....	81
6.2 Lihavuus yhteiskunnallisena kysymyksenä – yhteiskunnallinen diskurssi.....	88
6.2.1 Kulttuurisen rapautumisen diskurssi.....	89
6.2.2 Yhteiskuntapoliittinen diskurssi.....	96
6.3 Yhteenvetoa diskursseista ja niiden suhteista.....	108
Lähteet.....	126
Elektroniset lähteet.....	135
Liite 1. Tutkimusaineisto.....	138

# 1 Johdanto

Lihavuuden ja ylipainon väitetään yleistyneen maapallollamme parin viime vuosikymmenen aikana niin rajusti, että terveysasiantuntijat ovat alkaneet puhua maailmanlaajuisesta *lihavuusepidemiasta* (Gard & Wright 2005). Kuohunta lihavuusepidemian ympärillä ei ole ainakaan päässyt laantumaan sillä, lihavuus on kategorisoitu yhdeksi suurimmista ruumiitamme kohtaavista terveysuhkista (emt.). Suomessa lihavuusepidemia -diskurssia on ylläpidetty erityisesti median välityksellä, josta räikeimpänä esimerkkinä mainittakoon Helsingin Sanomien keväällä 2007 lanseeraama *Läskikapina* -juttusarja<sup>1</sup>. Läskikapinassa ja muussa sanoma- ja aikakausilehtikirjoittelussa lihavuus on myös nähty uhkaksi Suomen puolustukselle<sup>2</sup>, taakaksi Suomen kansantaloudelle<sup>3</sup> ja onpa elintapojamme muuttamiseksi ehdotettu mm. erilaisia ”läskiveroja”<sup>4</sup>, joista viimeisimpänä lentoyhtiö Ryanairin esitys periä lisämaksua ylipainoisilta ihmisiltä.

Lihavuuden voidaan siis väittää aiheuttavan huolta ja jopa moraalista paniikkia (ks. Harjunen 2004a; Gard & Wright 2005) niin omasta, kuin myös muiden ihmisten ruumiiden fyysisestä ja esteettisestä kunnosta. Huolestuneisuuttamme lisää muun muassa median representaatiot ideaaleista – hoikista *normivartaloista*, sekä erityisesti myös terveysasiantuntijoiden tuottama, varsin yksiulotteinen diskurssi, jossa lihavuus ja ylipaino merkitsevät lähes automaattisesti huonokuntoisuutta ja pahoinvoivaa elämää. Tämä logiikka on legitimoinut modernia ruumiinkuria tuottavan ja terveyden nimissä tapahtuvan – medikaalisen biovallan<sup>5</sup> tarttumisen väestön ruumiisiin; näin ruumiiden medikaalinen haltuunotto ja yhteiskunnalliset interventiot pyrkivät tekemään lihavuusongelmasta lopun,

---

1 Helsingin Sanomat 8. 1. 2007, A4, Reetta Meriläinen: ”Viisikko, läski ja eväskorin salaisuus”

<http://www.hs.fi/artikkeli/Viisikko+l%C3%A4ski+ja+ev%C3%A4skorin+salaisuus/1135224142481>

2 Helsingin Sanomat 23.1.2009, Riitta Väinö: ”Tuleva komentaja: läski on Suomen pahin vihollinen”.

<http://www.hs.fi/kotimaa/artikkeli/Tuleva+komentaja+l%C3%A4ski+on+Suomen+pahin+vihollinen/1135242991450>

3 Helsingin Sanomat 20.1.2007, Jyrki Alkio: ”Läskin hoito käy Suomella kalliiksi”

<http://www.hs.fi/juttusarja/laskikapina/artikkeli/L%C3%A4skin+hoito+k%C3%A4y+Suomelle+kalliiksi/1135224438996>

4 Helsingin Sanomat 9.5.2009, STT-AFP: ”Ryanair luopui 'läskiveron' suunnittelusta”

<http://www.hs.fi/ulkomaat/artikkeli/Ryanair+luopui+l%C3%A4skiveron+suunnittelusta/1135245823077>

5 Tarkoitan ruumiisiin kohdistettua lääketieteellistä vallankäyttöä, jolla ihmisen toimintaa pyritään muuttamaan ja voimaperäistämään. Medikaalisen biovallan termi perustuu Michel Foucault'n käsitteeseen *biovallasta* ja Irving Zolan käsitteeseen *medikalisaatiosta*. Tarkemmin käsitteistä luvuissa 2.2 (medikaalinen biovalta), 3.1 (biovalta) ja 4.2 (medikalisaatio).

eli muuttamaan ihmisten ajattelu- ja elämäntapoja.

Suomessa vuonna 2007<sup>6</sup> tilastoitujen tutkimusten mukaan 57 % suomalaismiehistä ja 43 % suomalaisnaisista luokiteltiin ylipainoisiksi (BMI>25 kg/m<sup>2</sup>) sekä ylipainoisten lasten ja nuorten<sup>7</sup> määrä lähes kolminkertaistui vuosien 1977-2003 aikana. Näin suuren joukon ylipainoisia ihmisiä on ennustettu lisäävään rajusti erilaisia terveysriskejä, mm. aikuisiän diabeteksen esiintyvyyttä (Mustajoki 2008, 92-94). Nämä lähinnä biolääketieteen asiantuntijoiden esittämät tilastolliset faktat lihavuuden räjähdysmäisestä lisääntymisestä ja sen itsestäänselvyyksinä pidetyistä terveysriskeistä, sekä huomiot jatkuvan painontarkkailun tärkeydestä ovat vain vahvistaneet käsityksiämme lihavuuden haitallisuudesta hyvinvonnillemme sekä luoneet ahdistusta omaa ruumistamme kohtaan. Lisäksi keskustelun puhetapa ja siitä johdetut käytännöt ovat näyttäneet hyvin rajautuneina ja tematisoituneina, joissa vain tietyt henkilöt ja organisaatiot ovat saaneet puhua ja tarkastella terveyttä sekä lihavuutta määrättyjen näkökulmien ja käsitteiden avulla (vrt. Pirttilä 1994, 88). Tämänkaltaiset lääketieteelliset käytännöt on ymmärretty esimerkiksi potilaiden kannalta hyvin epäoikeudenmukaisiksi ja painostaviksi (Lupton 2003, 113-120).

Lihavuutta on lähestytty pääasiassa terveysalan asiantuntijoiden näkökulmasta. Käsityksiä ja määritelmiä lihavuudesta ovat hallinneet sitkeästi biologis-lääketieteelliset näkemykset, joiden mukaan lääketieteen tuottama tieto on yleisesti luotettavaa, objektiivista, yksiselitteistä ja altruistista (Kyrölä 2007, 12). Vain harvat kulttuuri- ja yhteiskuntatieteilijät ovat uskaltaneet kyseenalaistaa tai asettua hallitsevia puhetapoja vastaan, vaikka viime vuosikymmenen aikana lihavuutta koskeva ei-lääketieteellinen tutkimus onkin lisääntynyt (ks. Gard & Wright 2005; Campos ym. 2006; Kyrölä & Harjunen 2007; Wright & Harwood 2009). Esimerkiksi Michael Gard ja Jan Wright (2005) ovat kyseenalaistaneet lihavuuden epidemiastatuksen, kysymällä mitä *lihavuusepidemia* oikeastaan tarkoittaa? Heidän mukaansa lihavuusepidemia ei ole täysin *luonnollinen* tai ainoa tapa nähdä lihavuusilmiö, vaan osittain myös monimutkainen ideologinen konstruktio, jota ylläpidetään ja selitetään spekulatiivisilla yleistyksillä – kuten kulttuurin teknologistumisella – vaikka näiden väitteiden empiirinen evidenssi on hyvin hatara tai jopa olematon (ks. emt.). Gardin ja Wrightin lisäksi Paul Campos (2006) suhtautuu

6 Ks. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2007, Helakorpi, Prättälä, Uutela. [http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja\\_b/2008/2008b06.pdf](http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b06.pdf)

7 Lapsilla ja nuorilla tarkoitetaan tässä 12- ja 18-vuotiaita poikia ja tyttöjä. Ks. Mustajoki 2008, 112-113.

skeptisesti väitteeseen, jonka mukaan lihavuus itsessään olisi syynä terveysongelmiin.<sup>8</sup>

Suomessa lihavuutta on tutkittu pääasiassa terveys- ja väestöpoliittisena ongelmana, jonka vuoksi lihavuuteen liittyvät kulttuuriset, sosiaaliset, psyykkiset ja kokemukselliset kysymykset ovat jääneet verrattain vähälle huomiolle. Lihavuuden itsestäänselvä ongelmastatus on vaikuttanut myös tutkimusaiheiden valintaan. (Kyrölä & Harjunen 2007, 9.) Yhteiskuntatieteelliselle tutkimukselle biolääketieteellinen ajattelutapa ei ole yksiselitteinen, sillä terveyden ja sairauden ilmiöitä tai instituutioita ei nähdä ”luonnollisina”, ”(lääke)tieteellisinä” tai ”autenttisina” sinänsä, vaan ne ovat osittain rakentuneet yhteiskunnallisissa käytännöissä ja suhteissa, joita erityisesti kieli, tieto ja valta pyrkivät muokkaamaan (Honkasalo 2000, 56). Sosiologinen pohdinta siitä mitä ruumis ja ruumiillisuus moninaisuudessaan ovat, vaikuttaakin oudolta medikaalisten käytäntöjen maailmassa: sairaan- ja terveydenhoidossa ruumis on itsestäänselvä ja ensisijainen, koska parannettaessa sairautta ja hoidettaessa terveyttä olennaista on ihmisruumiin käsitteleminen ja kohtaaminen (Helén 2000, 171-172). Vaikka ruumis on myös fyysistä materiaa, joka aidosti kykenee tuntemaan esimerkiksi kipua, niin jossain määrin tämä fyysinen kipu saa myös aina diskursiivisia merkityksiä ja määritelmiä. Ruumis on siis myös kulttuurinen, sosiaalisia merkityksiä tuottava ja niihin tarttuva – tarkoittaen, että kipu(kin) on osin konstruoitunutta. Siksi on huomioitava, ettei terveys tai ruumiillinen normaalius voi määrittyä pelkästään biolääketieteellisen diagnoosin perusteella.

Tässä gradussa tarkastelen millaisia diskursseja Suomen Lääkärilehdessä terveysalan asiantuntijat<sup>9</sup> lihavuudesta tuottavat ja miten näillä puhetavoilla tullaan vaikuttaneeksi ihmisten elämäntapoihin<sup>10</sup>. Asiantuntijapuheella tarkoitan yhteiskunnallisesti legitiimissä asemassa olevien tahojen, kuten lääke-, ravitsemus- ja terveystieteen edustajien puheita. Tutkimusongelmani ratkaisemiseksi käytän aineistona Suomen Lääkärilehdessä (1995-2008) julkaistuja artikkeleita, joissa puhutaan ylipainosta tai

---

8 Ks. lisää esim. *International Journal of Epidemiology*- lehden numero 6:35, jossa käydään kiivasta keskustelua lihavuuden syy-seuraus -suhteesta.

9 Olen valinnut Suomen Lääkärilehdessä esiintyvän lihavuuskirjoittelun tutkimuksen kohteeksi, koska Suomen Lääkärilehti on Suomen lääkäriliitto r.y:n virallinen julkaisu. Koen, että lehti edustaa ja kokoaa yhteen virallisimman ja asiantuntevimman tiedon, jota lihavuudesta voidaan Suomessa esittää. Tässä tutkimuksessa terveysalan asiantuntijoiksi määrittyvät kaikki ne toimijat, joiden artikkelit tulevat Suomen lääkäriliiton ja Suomen Lääkärilehden kriteerien (ks. lisää luku 5.4) perusteella hyväksytyiksi.

10 Tarkoitan elämäntapännöillä sosiaalisen toiminnan ilmenemismuotoja (kuten tapoja kuluttaa vapaa-aikaa, harrastuksia), jotka pohjautuvat ihmisten sosiokulttuurisessa historiassa muodostuneisiin arvostuksiin ja käsityksiin. Elämäntapännöt ovat siten yksilön ja ympäristön vuorovaikutteista ja merkitysvälitteistä politiikkaa siitä, miten itsen tulisi arjessaan orientoitua (vrt. Alasuutari 1994, 51).

lihavuudesta. Tarkemmin muotoiltuna haluan selvittää, miten Suomen Lääkärilehdessä esiintyneiden terveystieteen asiantuntijoiden (lääkäreiden, terveydenhoitajien, ravitsemustieteilijöiden, psykologien) lihavuudesta kirjoittamilla teksteillä ja niistä nostetuilla diskursseilla kontrolloidaan väestön elämäntapojen. Metodinen ratkaisuni perustuu kriittisen diskurssianalyysin (Fairclough 1992; 1997) luetaan, jossa kielen ajatellaan rakentavan todellisuutta, kiinnittäen samalla itseensä ideologisia vivahteita. En kuitenkaan näe, että todellisuus olisi palautettavissa pelkästään diskursseihin, vaan pikemminkin ymmärrän diskursseilla olevan vaikutusta siihen, miten kulttuurissamme materialistista ruumiista käsitellään. Pyrkimykseni on etsiä teksteistä yhdenmukaisia, toistuvia ja hallitsevia diskursseja, joita peilaan teoreettiseen kontekstiini – tulkintoja ja johtopäätöksiä tehden.

Tutkimukseni punaisena lankana toimii asiantuntijapuheen tietoon ja institutionaaliseen asemaan perustuva luonne, jonka katson ohjaavan ihmisten käyttäytymistä. Lähestyn tätä puhetta väestön sosiaalisen kontrollin ja hallinnan näkökulmasta, hyödyntäen erityisesti Michel Foucault'n (1998) *biovallan* käsitettä, joka tarkoittaa Katja Lappalaisen (2006) sanoin kiteytetysti ”*tekniikoita, joiden kohteena on ruumis*”(kursivointi lisätty – T.A). Foucault ei erityisesti tutkinut lihavuutta, mutta hänen ajatuksensa siitä kuinka ”kuuliaisia ruumiita” tuotetaan, on inspiroinut kaikkein merkittävimmin tutkimusprojektiani. Hyödynnän myös Nikolas Rosen (1999a; 1999b; 2001) ajatuksia nykypäivän biopolitiikasta sekä Susan Bordon (1993a; 1993b; 2003) ja Ilpo Helénin (1994; 2000; 2003; 2004) Foucault -tulkintoja ruumiin hallinnasta ja kontrollista. Eräs tutkimukseni tärkeimmistä väestön biopoliittiseen hallintaan soveltuvista käsitteistä on medikalisaatio<sup>11</sup>, eli elämäntapojen lääketieteellistyminen, jonka tulen liittämään ruumiinkontrollin teemaan. Medikalisaation voi nähdä sulautuvan biovallan osaseksi, jossa ihmisruumiin käyttäytymistä ohjataan ja kontrolloidaan biolääketieteelliseen asiantuntijatietoon nojautuen.

Lihavuuden sosiologisen tutkimisen voidaan väittää olevan tärkeää ensinnäkin, koska lihavuutta ja ruumista ei voi palauttaa pelkäksi biologiseksi organismiksi. Ruumis –

---

<sup>11</sup> Medikalisaatio tarkoittaa lääketiedeinstituution kasvua sekä elämäntapojen ja poikkeavuuden lääketieteellistämistä, jossa tietty ilmiö määritellään lääketieteellistä termistöä käyttäen ongelmaksi ja jonka hoito tai poistaminen edellyttää lääketieteellistä interventiota. Medikalisaatioprosessissa lääketieteen valta laajenee alueille - kuten esimerkiksi lihavuuteen - joita ei ole aikaisemmin pidetty lääketieteellisinä (vrt. Zola 1972; Conrad 1992).

painosta riippumatta ja myös siitä riippuen – täytyy nähdä subjektiivisena, kokemuksellisenä, eläväisenä, merkityksiä tuottavana ja merkityksiä uusintavana toimijana ja toiminnan kohteena. Lihavuuden selittäminen pelkäästään biolääketieteellisestä näkökulmasta, alistaisi ruumiiden kokemuksellisuuden, arvokysymykset, kulttuurisen merkityksen sekä poliittisuuden. Toisekseen lihavuuden tutkimus on tärkeää, koska noin puolet suomalaisista ”luokitellaan” ylipainoisiksi, eli lihavuus lukumääräisesti koskettaa meistä varsin monia. Koska emme pääse fyysistä ruumistamme pakoon, emmekä kykene myöskään kieltämään sitä – toisin kuin ruumiisiin liitettyjä representaatioita – on tärkeää tehdä tilaa monimuotoisille, jopa lääketieteellistä diskurssia kritisoiville tulkinnoille. Tämä lisäisi keskustelun demokraattisuutta ja mahdollisesti purkaisi lihavuuteen liitettävän stigman voimakkuutta, sekä mahdollistaisi erilaisia, suvaitsevaisempia(kin) tapoja kokea ruumiillisuus, terveys ja hyvinvointi.

Yleisesti lihavuudella (*fat*) viitataan sosiaalis-kulttuurilliset normit ylittävään ruumiin kokoon, jolloin lihavuuden käsitteen ajatellaan rakentuvan kulttuurisidonnaisesti. Käyttämällä sanoja *lihava* ja *lihavuus* yhteiskuntatieteellisessä ja kulttuurintutkimuksessa irrottaudutaan tietoisesti lääketieteellisestä *ylipainoisuuden* määritelmästä, sekä pyritään kielenkäytössä vakiinnuttamaan sana *lihava* ei-arvottavaksi termiksi. (Harjunen & Kyrölä 2007, 17-16.) Puolestaan lääketieteessä *ylipaino* ja *liikalihavuus* määritellään useimmiten painoindeksin (eng. body mass index, BMI) avulla, joka lasketaan jakamalla paino (kg) pituuden (m) neliöllä. Tällöin *normaalipaino* asettuu painoindeksi-asteikon välille 20.0-24,9 kg/m<sup>2</sup> ja *lievän* ylipainon ja normaalipainon rajaksi määrittyy 25,0 kg/m<sup>2</sup>. (Fogelholm 1998, 29.) Ylipainolla voidaan tarkoittaa myös liiallista rasvan määrää kehossa, joka on haitaksi terveydelle ja sen määrittämiseen käytetään edellä mainitun painoindeksi-taulukon lisäksi vyötärön ja lantionseudun ympärysmittaa (Ross 2005, 94). Varsinkin lihavuuden painoindeksi määritelmän vakuuttavuus ja suosio perustuu sen tieteelliseltä kuulostavaan retoriikkaan, jonka avulla kykenee helposti ja objektiivisesti mittaamaan ruumiin suhdetta normatiivisina pidettyihin luokituksiin (Halse 2009, 47). On kuitenkin huomioitava, että erityisesti suomenkielessä käsitteet *lihavuus*, *ylipaino* ja *liikalihavuus* yleensä sekoittuvat, kun taas englanninkielisten sanojen *fatness*, *overweight* ja *obesity* ero on selvempi (Harjunen & Kyrölä 2007 16-17).

Painoindeksillä määritelty lihavuus on varsin kyseenalainen keino mitata painoa, sillä se ei huomioi kehon lihasmassan, rasvan, luuston tai sisäelinten osuutta ruumiinpainosta (Ross



2005, 92-93). Se myös olettaa, että on identifioitavissa yleinen – sukupuolesta ja erilaisista sosioekonomisista ryhmistä piittaamaton – *normipaino* (Halse 2009, 47). Ymmärrän lihavuuden ja ylipainon ainakin osittain sopimuksenvaraisiksi. Käytän tutkimuksessani käsitteitä *ylipaino* ja *lihavuus* synonyyminomaisesti, haluten irrottautua lääketieteellisistä painoindeksi -luokituksista. Tutkimukseni kritiikki kohdistuu lääketieteen hegemoniaan määrittellä lihavuus tieteellisen tarkasti painoindeksin avulla, mikä johtaa ihmisten jaotteluun normaaleihin ja epänormaaleihin. Samalla oikeutetaan normaaliuden saavuttamiseen tarvittavien tekniikoiden ja kontrollin käyttö. Haluan myös haastaa yleisen käytännön, jossa painoindeksin ajatellaan määrittävän yksilön terveyttä, hyvinvointia, itsekuria ja elämänhallintaa. Normipainossa pysyminen tai sen saavuttaminen määrittyy yhteiskunnassamme ”hyveeksi”, josta esimerkiksi työpaikoilla palkitaan ja jonka ylivertaisuutta diskursiivisesti ylläpidetään mediassa, koululaitoksissa, perhekasvatuksessa ja terveydenhuollossa (emt., 48). Tämä logiikka synnyttää pahoinvointia, sillä se tuomitsee ja arvottaa moraalisesti tietyt ruumiillisuudet ja elämäntavat, tuottaen jatkuvan paineen omia elämänvalintoja kohtaan.

Susan Bordo (1993) korostaa sitä, kuinka nykyisessä länsimaisessa kulttuurissa esiintyvät ruumisnormit tuottavat pikemminkin yhdenmukaistavia ja ahdistavia käytäntöjä kuin monimuotoisia mahdollisuuksia kokea ruumis ja ruumiillisuus.<sup>12</sup> Bordon teesiä voi pitää kantavana ajatuksena tutkimukselleni, jonka innoittamana haluan ottaa kantaa yhteiskunnalliseen keskusteluun lihavuudesta, terveydestä, sairaudesta ja hyvinvoinnista. Missä määrin olemme vapaita päättämään ruumiistamme ja siihen liittyvistä valinnoista? Kuinka paljon yhteiskunnallinen rakenne ja kulttuuriset tekijät vaikuttavat toimintaamme? Väitetään, että elämme postmodernissa individualistisessa kulttuurissa, jossa ruumiiseen kohdistuva merkityksenanto ja elämäntyylien valinta on korostuneen yksilöllistä ja reflektioivaa (esim. Giddens 1991), mutta mielestäni on pikemminkin niin, että vapautemme valita on tietyllä tapaa näennäistä. Moni kuvittelee tekevänsä aidon yksilöllisen valinnan vaikkapa ruumiin muokkaamisen suhteen, muttei ehkä tule ajatelleeksi kulttuurissa esiintyvien dominoivien diskurssien vaikutusta omaan toimintaan. Esimerkiksi terveysasiantuntijoiden elämäntapasuosittelun orjallinen noudattaminen voidaan nähdä eräänlaisena normalisoivana kontrollimuotona, jossa ”valta onnistuu muuntautumaan subjektin tuottamisen tekniikaksi” (vrt. Vähämäki 1998). Tutkimukseni

---

12 Bordo on tarkastellut teoksessaan ”Unbearable Weight” (1993) ruumiin koko- ja muotonormeja. Hänen kiinnostuksensa kohdistuu ruumisnormien pakottaviin ja rajoittaviin puoliin, joita hän lähestyy tutkimalla syömishäiriöitä, mediaa ja kulutuskulttuuria.

tarkoituksena on myös osaltaan tuoda näkemykseni tähän problemaattiseen kysymykseen ruumiillisen vapauden ja pakon suhteesta.

Tutkielmani rakenne muotoutuu seuraavasti: luvussa kaksi sukellan ruumiillisuuden monimerkitykselliseen maailmaan aina sosiologian klassikoista nykyaikaan. Luon yleisemmän katsauksen siitä, miten ruumiillisuutta on sosiologiassa käsitelty ja tarjoan näkökulmia siihen, miksi ruumis ja ruumiin problematisointi on nykyään niin pinnalla. Luvuissa kolme ja neljä esittelen tämän tutkimuksen käsitteistöä. Lähdän liikkeelle Michel Foucault'n biopolitiikan ja biovallan teoretisoinneista, tullen aina nykyaikaiseen väestön biopoliittiseen hallintaan, jota kuvaan kulttuurissamme lisääntyneen medikaalisen kontrollin kautta. Luku viisi käsittelee tutkimuksen metodologisia ratkaisuja ja analyysin etenemistä ja luvussa kuusi esittelen tutkimuksen tuloksia. Luvussa seitsemän kokoon yhteen tutkimuksen teoreettisen ja empiirisen annin muodostaen päätelmiä ja johtopäätöksiä. Tutkielma päättyy loppupohdintaan, jossa reflektoin omaa tutkijan rooliani ja tutkimuksen toteutuksen onnistumista sekä jatkotutkimusmahdollisuuksia.

## 2 Sosiologian ruumiillisuus

### 2.1 Klassikoista nykyaikaan

Sosiologia syntyi tutkimaan teollistuneen yhteiskunnan rakenteita ja prosesseja, eikä se ollut eksplisiittisesti kiinnostunut toimijoista ruumiillisina olioina, jonka vuoksi sosiologiassa ruumista on kutsuttu ”poissaolevana läsnäolevaksi” (Shilling 1993, 8-10; Shilling 2007, 2-3). *Kartesiolainen* näkemys, joksi klassisen sosiologian rajanvetoa on nimitetty, perustui alun perin valistusfilosofi Descartesin esittämään dualismiin mielen ja ruumiin, hengen ja materian ja siten myös sosiaalisen ja luonnollisen todellisuuden välillä. Kartesiolaisessa hengessä, yhteiskuntateoria käsitti ruumiillisuuden osaksi luontoa ja sen vuoksi irralliseksi sosiaalitieteilijän todellisesta kiinnostuksen kohteesta. (ks. Turner 1984; Turner 1992, 32-34; Shilling 1993, 8-10; Williams & Bendelow 1998.) Aina näihin päiviin saakka yhteiskuntatieteilijät näkivät mielen selittävän ihmisen olemusta ja toimintaa (emt.). Raija Julkunen (2004, 17) kritisoikin filosofian ja yhteiskuntateorian valtavirran tapaa käsittää ihminen ja yhteiskunta aivan kuin ihmiset olisivat ruumiitonta järkeä, toimintaa ja vuorovaikutusta; aivan kuin ruumiillisuus ei olisi relevantti tai suorastaan välttämätön sosiaalisten erojen, suhteiden ja instituutioiden rakentumiselle.

Vaikka klassisen sosiologian puolella ruumista ja ruumiillisuutta oli pidetty toisarvoisena seikkana, täysin ruumiitonta klassinen sosiologiakaan ei ollut. Elina Oinaan (2001) mukaan Karl Marx (1818-1883) viittasi kirjoituksissaan työväenluokan yhteisöruumiiseen osana kapitalistista tuotantokoneistoa. Max Weberin julkilausumattomat oletukset viittasivat ruumiiseen, jonka hillinnän ja hallitsemisen yksilöt sisäistävät vastuulleen. (Oinas 2001, 18.) Teoksessaan *Protestanttinen Etiikka ja Kapitalismin henki* (1904-1905) Weber esittää kuinka uskonnollis-eettinen ruumiin kuri muodostaa rationaalisen, modernin työetiikan perustan:

”Protestanttinen etiikka antoi tuolle normille psykologisen vaikuttimen, johon sen teho yksin perustui. Se syntyi käsityksestä, että työ on kutsumus. Työ on edullisin ja loppujen lopuksi usein ainoakin keino varmistua armontilasta.” (Weber 1980, 131.)

Myös Emile Durkheimillä oli erilaisia esimerkkejä ruumiillisuudesta sosiologiassa.

Teoksessaan *Itsemurha* (1897/1985) Durkheim erottaa itsemurhaan johtaneet ruumiilliset selitykset yhteiskuntatieteellisistä ja osoittaa etteivät biologiaan perustuvat selitykset itsemurhille ole ole tilastojen valossa yhtä perusteltuja kuin sosiaaliset ja kulttuuriset perustelut vastaavalle tapahtumalle. Durkheim kirjoittaa:

”Jokaisen kansan keskuudessa on siis kollektiivinen voima, tietty energiamäärä, joka saa ihmiset surmaamaan itsensä. Ensiksi vain uhrin henkilökohtaisen temperamentin ilmauksilta näyttävät teot johtuvat tosiasiallisesti sosiaalisesta tilasta ja sen pitkityksestä, joita nämä teot ilmentävät ulkoisesti. [...] Nämä kollektiviteetin taipumukset tunkeutuvat yksilöihin ja pakottavat heidät tekemään itsemurhan.” (Durkheim 1985, 362, 366.)

Georg Simmel oli puolestaan keskittynyt sosiaaliseen interaktioon enemmän kuin sosiaaliseen ja moraaliseen kollektiviteettiin. Simmel esimerkiksi luonnehti ruumiillistuneita subjekteja yksilöllistyneiden henkisten muotojen ja esisosiaalisten sisältöjen ja impulssien välisinä erotuksina. (Shilling 2007, 4.) Simmel kuvaa häpeäntunnetta (alastomuutta) näin:

”[H]äpeäntunne herää usein nimenomaan moraalisen keskuksen ärsytyksestä [...] [H]äpeä näyttää toteutuvan vasta kun moraalinen prosessi saa aikaan tuon omalaatuisen minätietoisuuden kohoamisen ja alas painumisen. Ulkoiseksi liikkeelle panevaksi voimaksi jää aina muiden meihin kohdistama huomio, joka tosin voidaan korvata jakamalla minämme tarkkailevaan ja tarkkailtuun osaminään.” (Simmel 2005, 187.)

J. M. Berthelot'n (1991, 392-393) mukaan modernin teollisen yhteiskunnan kehityksen myötä käsitykset ruumiillisuudesta muuttuivat rajusti. 1800-luvulta aina kauas 1900-luvulle saakka vallinneen teollisen tehdastyön vaikutuksen pohjalta, ruumis käsitettiin orgaanisena – työtä tekevänä koneena, eli *tuottavana* ruumiina. Toisen maailmansodan jälkeinen, kapitalististen yhteiskuntien taloudellinen kasvu loi mahdollisuuden *hedonistiselle*, kokevalle ruumiille, korvaten samalla yksilotteisen työruumiin monitoiminnallisella ”spontaanilla” ruumiilla. (Mt.) Erityisesti tietoinen kuluttaminen korvasi työtä tekevän ja askeettisen ruumiillisen kieltäytymisen, joista jälkimmäinen oli

yhteydessä muun muassa kristillisten arvojen rappeutumiseen (mt.). Voidaan siis ajatella, että yhteiskunnan muutoksessa oli saavutettu kehityspiste, jossa *nautiskelu* ja kuluttaminen eivät näyttäneet enää *syntinä*.

Viimeisen parinkymmenen vuoden ajan yhteiskuntateoria on paneutunut ruumiin ja ruumiillisuuden merkitykseen sosiaalisen todellisuuden eri alueilla (Shilling 1993; 2007; Turner 1984; 1992). Lukemalla vaikkapa *Body & Society* -lehden viimeisimpiä vuosikertoja saa hyvän käsityksen sosiaalitieteellisen ruumiillisuuden tutkimuksen laajuudesta. Artikkelit käsittelevät muun muassa erilaisia ruumiillisuuden representaatioita, urheilua tanssista nyrkkeilyyn, ruumiinosien kauppaa, genetiikkaa, elämänpoliittisia kysymyksiä, terveyttä ja sairautta, lääketieteen ja biologian ruumis -käsitteen kritiikkiä ja sitä, miten ruumiista pitäisi tai voisi puhua. (Jokinen ym. 2004, 7.) Filosofia, feminismi, sosiologia ja kulttuurintutkimus ovat kiinnostuneet ruumiillisuudesta jopa siinä määrin, että ruumiillisuuden tematisoinnista on muodostunut tietyllä tapaa trendi. Keskeisimpiä sosiologian innostajia ovat olleet Michel Foucault'n (1980; 1998) ajatukset ruumiillisuuden ja ruumistekniikoiden kautta toimivasta biovallasta, Norbert Elias (1978) teoria ruumiin historiallisesta sivilisoimisesta, Pierre Bourdieun (1984) teesi ruumiillisuudesta yhtenä pääoman lajina, sekä Anthony Giddensin (1991) kehittäminen ruumiista identiteetin paikkana.

Shillingin (2007, 7; ks. lisää myös Williams & Bendelow 1998, 16-24) mukaan yhteiskunnassa on nähtävissä tiettyjä kehityskulkuja, joiden vuoksi ruumiin merkittävyys on noussut puheenaiheeksi viime vuosikymmeninä. Ensiksikin analyysit siitä kuinka kulutuskulttuuri määrittelee ulkonäköä, ruumiin muotoa ja fyysistä kontrollia ovat tulleet hyvin keskeisiksi rakennettaessa yksilön itseidentiteettiä. Mike Featherstone (1991, 170-196) on esittänyt kuinka toisen maailmansodan jälkeisessä kulutuskulttuurissa minuus on yhdistetty ruumiiseen ja sen esittämiseen; kulutuskulttuurissa yksilön ruumis näyttää ”minuuden näkyvänä kantajana”. Giddensille (1991, 75-78) minuus on puolestaan näyttänyt itsen ja ruumiin ”refleksiivisenä projektina” jälkimodernissa yhteiskunnassa, jossa minän refleksiivisyys on jatkuvaa, ulottuen kaikkialle, jopa ruumiiseen, joka toimii aktiivisesti tarkkaillen itseään ja ympäristöä. Shilling (1993, 4-8) menee väitteissään itseidentiteetin ja ruumiin suhteesta jopa niin pitkälle, että väittää minuuden olevan ”ruumiin projekti” modernissa yhteiskunnassa. Ruumis on jatkuvan muokkauksen kohde niin konkreettisesti, kuin mielikuvienkin tasolla (emt.).

Shilling (2007, 7) huomauttaa, että toisaalta 1960-luvulta alkoi osittainen vastareaktio kuluttamista ja ulkonäkökeskeisyyttä vastaan, joka koostui heterogeenisistä ryhmistä ja liikkeistä jotka kiinnittivät huomion merkityksellisten ruumiin kokemusten parannuskeinoihin, sekä ekologisempiin tapoihin elää. Elämällä valkokaulus- tai tehdastyöstä sekä massakulttuurista vapaana oli yksi suunta, joka mahdollisti somaattisen kehittymisen erilaisten ruokavalioiden, joogan ja muiden vieraiden ruumiin kurinalaistamiseen keskittyvien tekniikoiden mukaan, jotka yhdistettiin muun muassa itämaiseen Zen-, Tao- ja Tantrahengellisyyteen. Keskittyminen ruumiin sisäisen ympäristön tilaan toimi vihreiden liikkeiden kontrastina kehittyneelle teollisuudelle, jonka nähtiin tuhoavan yhteistä elinympäristöämme. (Mt.)

Kolmantena ruumiillisuuden teemojen herättelijänä voidaan pitää feminismin ”toisen aallon” kriittistä kuulustelua sex/gender-jaosta, joka halusi korostaa, ettei naisten ruumiillisuudessa ollut mitään *luonnollista*, joka oikeuttaisi heidän julkisen alentamisen. Feministien paljastama ruumis oli biologisesti sukupuolittunut ruumis, jossa oli vain vähän sosiaalisia seuraamuksia, mutta joka oli kategorisoitu ja kohdeltu patriarkaalisen yhteiskunnan normeja mukaillen ja siksi sen käsitettiin rajoittavan naisten mahdollisuuksia elämässä. (Shilling 2007, 7.) Feministit toivat poliittiselle agendalle muun muassa keskustelun naisten hedelmällisyyden kontrolloinnista ja aborttioikeudesta sekä naisruumiin esineellistämisen pornografiassa, prostituutiosta sekä sijaisäitiyden. Myös poika- ja tyttölapsien erilaiset sosiaalistamisen muodot sekä miesvaltainen tieto, joka muotoili lääketieteellisten palvelujen toimintaa raskauden aikana, olivat feminismin kritiikin kohteina. (Shilling 1993, 32.)

Nykyään ruumiin on nähty arvottuvan minuuden, yksilöllisyyden ja kokemuksen ulottuvuuksilla (Helén 2000, 156). Ruumis on sekä arvoituksellinen, että kommunikoinnin väline, mutta erityisesti ruumiin ajatellaan representoivan jotain (Berthelot 1991, 393-394). Tällaisen representoivan, eli esittävän ruumiin vaatimuksiin kuuluu, että se on hoikka, nuorekkaan näköinen ja terve. Väestön lihominen ja ikääntyminen, sekä erityisesti jälkimmäiseen liittyvä ”ikuisen nuoruuden” tavoittelemisen ruokavalion, liikunnan, plastiikkakirurgian sekä muiden lääketieteellisten menetelmien avulla, onkin merkinnyt ruumiin käytäntöjen problematisoitumista.<sup>13</sup> Helénin (2002, 108-110) mukaan lääketieteen

13 Ruumiin problematisoituminen liittyy mm. kysymykseen siitä, millaisia ruumiin ”vaivoja” julkisten terveydenhoitopalveluiden tulisi hoitaa tai mitkä ruumiintoiminnot ylipäätään määräytyvät hoidettaviksi, mitä toimintoja priorisoidaan ja millainen vastuu yksilöllä on omasta terveydestään.

(teknologinen)kehitys on mahdollistanut ruumiintoimintojen paremman säilyvyyden sekä ruumiin *parantelemisen*. Medikaalinen teknologia voidaan nähdä käytännöllisenä ja teknisenä vallankäyttönä, joka mahdollistaa haluta elämältä enemmän – yksilöinä ja aina biologista perustasoa myöten (emt.). Toisaalta, loputon ruumiillinen haluaminen ja itsensä muokkaaminen on asettanut kysymyksen mikä on enää normaalia ja kenellä on valta määrittellä mitä ruumiin tulee olla? Plastiikkakirurgian, liikuntatieteen ja geenitekniikan ansiosta ruumiista on tullut vaihtoehtojen ilmiö. Mitä enemmän voimme muuttaa ruumiin rajoja ja kontrollia, sitä epätietoisemmiksi tulemme siitä miten yksilön ruumis muodostuu ja mikä on *luonnollinen* ruumis.

Väitetään, että ruumiin kunnossapidämisestä, sen jatkuvasta tarkkailemisesta ja sairauksien ennaltaehkäisemisestä kulloinkin vallitsevan tutkimustiedon valossa on muodostunut länsimaisen ihmisen moraalinen velvollisuus (Kangas & Karvonen 2000, 181; Crawford 2006). Moraalinen velvollisuus elää terveellisesti on yksi kulttuurissamme vallitsevan terveystieteologian perusprinsiipeistä, joka samalla määrittelee yhä enemmän mitä on hyvin eläminen. Terveystieteologian voi nähdä uskonnon kaltaisena ohjenuorana (Tuomainen ym. 1999), joka pyrkii luomaan turvaa ja järjestystä elämään. Robert Crawford (2006, 402) kutsuu tällaista ideologiaa ”uudenlaiseksi terveystietoisuudeksi” -ajatteluksi, jonka mukaan yksilöt määrittävät itseään ja toisiaan yhä enemmän sen perusteella, kuinka he onnistuvat tai epäonnistuvat omaksumaansa terveellisen elämäntavan. Terveellisesti elämisestä tulee yksilöiden koko elämää konstituovaa, merkityksellistä toimintaa (emt.).

Terveystietoisuuden voimistumista on hahmoteltu myös *healthism* -käsitteen kautta, joka Crawfordin (1980) tulkitsemana tarkoittaa henkilökohtaisen terveyden nousua *superarvon* asemaan ja ensisijaiseksi hyvinvoinnin tavoitteeksi, jonka moraalinen vastuu on yksilöllä. Tämänkaltaisen *terveystieteologia* ja terveyden korostuminen kytkeytyy myös erottamattomasti jokapäiväisen elämän medikalisointiin (ks. emt.; mt., 2006), eli siihen kuinka biolääketiede määrittelee ruumiille erilaisia riskiarvoja ja suosituksia, joita noudattamalla yksilö ottaa vastuun itsestään. Esimerkiksi alkoholin riskikulutuksen rajat, ruokavalion määrä ja laatu sekä päivittäinen liikunnan tarve jokaista askelta mukailien, ovat (lääke)tieteellisen tarkasti laskettuja ja siten yksilön itsekontrollin piirissä. Tällaisiin riskilaskelmiin nojautuva terveystietoisuus pyrkii siten vaikuttamaan terveyteen liittyvään käyttäytymiseen (Kangas & Karvonen 2000, 179; Rose 2001, 87-88). Ruumiin terveydestä on tullutkin länsimaisen ihmisen loputon, ”itsen projekti” (Shilling 1993), jossa ruumiin

tiukka kontrolli on rinnasteinen koko elämänhallintaan.

## 2.2 Ruumiin käsitteellistäminen ruumis- ja lihavuustutkimuksessa

Ruumiskäsitykset jaetaan usein materialistis-naturalistisiin ja konstruktionistisiin. Materialistinen kanta korostaa ruumista biologisena tosiasiana, joka tarvitsee suojaa ja ravintoa, kykenee nautintoihin, kärsii kipua, tarvitsee apua ja huolenpitoa, ikääntyy ja kuolee pois. (Julkunen 2004, 20.) Näkemyksen mukaan yksilö määrittyy yhteiskunnassa hänen ruumiin kyvykkyyden ja vastaavasti rajoittuneisuuden perusteella. Samalla tavoin biologisesta perustasta käsin on myös selitettävissä yhteiskunnan sosiaalisen-, taloudellisen- ja poliittisen rakenteen muodostuminen osaksi erilaisia elämäntapoja eri kulttuureissa. Esimerkiksi eriarvoisuus materiaalisen hyvinvoinnin, juridisten oikeuksien tai poliittisen vallan osalta eivät ole sosiaalisesti konstruoituja tai kontingenttejä, vaan biologisen ruumiin määräysvallan antamia ja oikeuttamia. (Shilling 1993, 40.) Samalla logiikalla nais-sukupuolen epätasa-arvon nähdään johtuvan heidän biologisperäisestä alemmuudesta tai heikkoudesta suhteessa mies-sukupuoleen. Tällainen ruumiin käsittäminen on vauhdittanut niin feministisistä kuin yhteiskuntatieteellistäkin tutkimusta kriittiseen vasta-argumentointiin ruumiin kulttuurisia ja yhteiskunnallisia merkityksiä painottaen (ks. esim. Bordo 2003; Kyrölä & Harjunen 2007; Wright & Harwood 2009).

Sosiaalisen konstruktionismin ruumiskäsitys korostaa ruumiiseen sijoitettuja sosiaalisia merkityksiä (Shilling 1993, 70-99). Ruumis on sosiaalinen symboli, signaaleja lähettävä ja vastaanottava pinta, johon sosiaaliset merkitykset piirtyvät ja johon yhteiskunnalliset valtasuhteet kirjautuvat, kuten esimerkiksi Michel Foucault (1980; 1998) esittää. Se millaisena ruumis nähdään, riippuu vallitsevista kulttuurisidonnaisista arvoista ja normeista, jotka ovat rakentuneet kunkin kulttuurin sosiaalisissa verkostoissa. Esimerkiksi jonkin materiaalisen ruumiin nimeäminen *lihavaksi*, on tulosta kulttuurillisesta sopimuksesta tai tarkemmin sanottuna dominoivista diskursseista. Shilling (1993, 70-99) esittää kuinka yleisellä tasolla sosiaalisen konstruktionismin käsitettä käytetään kattoterminä silloin, kun ruumis ymmärretään ennemminkin merkitysten vastaanottajana kuin tuottajana. Tällöin ajatellaan, että ruumis on yhteiskunnan tuote, joka muotoilee ja tietyllä tapaa jopa rajoittaa ruumista (emt.). Näin ollen sosiaalis-konstruktionistisesti suuntautunut ruumiskäsitys ei hyväksy yksiselitteistä materialistis-naturalistista näkemystä,



jossa ruumista tulisi analysoida pelkästään biologisena entiteettinä (emt., 70), kuten esimerkiksi biolääketieteellisessä lihavuustutkimuksessa yleensä tehdään.

Materialistis-naturalistisen ja konstruktionistisen kannan lisäksi voidaan erottaa fenomenologinen ruumiskäsitys. Fenomenologisesti ymmärretty ajatus ruumiista tai *kehosta* perustuu pitkälti ranskalaisen filosofin Maurice Merleau-Pontyn (1962) ajatuksiin, joka halusi hylätä kartesiolaisen mieli/ruumis-vastakkainasettelun. Malla Rautaparran (1997, 129-130) mukaan Merleau-Ponty ei näe, että ruumis voisi olla ”objektiivisen ajattelun” mukainen objekti eikä subjekti voi olla idealismin mukainen ruumiiton tietoisuus, vaan ruumis on samalla sekä subjekti että objekti tai niiden välimuoto. Subjektiviteetti on Merleau-Pontylle ennen kaikkea ruumiillistunutta ja lihallista, sillä se on aina läsnä (emt., 129). Merleau-Pontylle ruumissubjekti on myös maailmassa olemisen perusta; ihminen ymmärtää muut ihmiset ja asiat intentionaalisen ruumiinsa kautta. Ruumiin merkitykset ovat siten itse ruumiin eleissä ja toiminnoissa, eivät sen ”takana” kulttuurissa, jonka vuoksi ihmisruumiista ei voida tyhjentävästi ”selittää” kulttuurilla. (Kinnunen 2001, 271.) Voidaan siis ajatella, että fenomenologisessa ruumiskäsityksessä subjektiviteetti on käsitys itsestä maailmassa ruumiillisena ja tietoisena oliona, joka palautuu intentionaalisen subjektin elettyyn todellisuuteen (ks. Rautaparran 1997, 129-135).

Julkunen (2004, 20) esittää nerokkaan ja havainnollistavan esimerkin fenomenologisen otteen ja foucaultlaisen konstruktionismin eroavaisuudesta: kun Foucault kysyisi, mitä ruumiille *on tehty*, niin fenomenologinen ote kysyy mitä *ruumis tekee*, miten olemme maailmassa ruumiillamme. Julkunen kirjoittaa, että Merleau-Pontyn mukaan emme kohtaa maailmaa ensisijaisesti tietämällä, uskomalla ja olettamalla, vaan liikkumalla, tuntemalla ja havaitsemalla (emt.). Fenomenologinen ruumis on siten elävä, lihallinen ja tunteva sekä merkityksiä kantava ja merkityksiä muodostava, maailmaan suuntautunut subjekti (Heinämaa 2000). Fenomenologista ruumiskäsitystä on sovellettu muun muassa tanssin, liikunnan ja muiden erilaisten kehon liikkeiden tuntemisessa ja kokemisessa (ks. esim. Kosonen 1997; Koski 2000).

Toisin kuin naturalistisesti painottuneessa biolääketieteellisessä lihavuuden valtavirtatutkimuksessa, feministisesti painottunut lihavuustutkimus ja muu koko- ja painonormien tutkimus kyseenalaistaa lihavuuden ongelmastatuksen, ruumiin painoindeksit, sekä ideaalin ruumiin (ks. Kyrölä & Harjunen 2007). Lihavuus ja

ruumiillisuus nähdään siten sekä kokemuksellisenä, että kulttuurisia merkityksiä representoivana. Katariina Kyrölä ja Hannele Harjusen toimittamassa artikkelikokoelmassa, ”*Koolla on väliä! – Lihavuus, ruumismormit ja sukupuoli*” (2007) on kerätty yhteen suomalaista kulttuuri- ja yhteiskuntatieteellistä tutkimusta ruumiin kokemuksen ja näkemisen tavoista ja merkityksistä, televisiomainosten, laihdutuskertomusten, lehtijuttujen, kaunokirjallisuuden sekä lihaviiden naisten ja anorektikkojen kokemusten valossa. Teoksessa lihavuutta ja ruumiillisuutta lähestytään pääosin sukupuolisena valtakäsitelmänä. Kirjoittajat kysyvät miksi lihavuus on niin vaikea hyväksyä? Miten tietyt ruumiinmuodot tulevat määritellyiksi sopimattomiksi, muokattaviksi ja epäterveiksi? Miten ruumiillisuus liittyy identiteettiin ja omanarvon tuntoon? (Mt.) Kirjoittajien lähestymistapa ruumiiseen risteilee sosiaalisen konstruktionismin ja fenomenologisen ruumiskäsityksen rajapinnoilla.

Tutkimukseni kiinnittyy sosiaalisen konstruktionismin ruumiskäsitykseen. Sosiaalista konstruktionismia sovellettaessa on kuitenkin huomioitava sosiaalisen konstruktionismin sisällä vallitsevat erilaiset käsitykset ruumiillisuudesta sekä siitä, miten sosiaalista konstruktionismia voi hyödyntää ruumiillisuuden tutkimuksessa (ks. esim. Oinas 2001, 22-27). Antropologi Mary Douglas on kehittänyt ideaa ruumiista sosiaalisten merkitysten vastaanottajana ja yhteiskunnan symbolina (ks. esim. Douglas 2000). Shilling (1993, 73) esittää, että Douglas näkee ihmisruumiin helpoimpana käytettävissä olevana kuvana sosiaalisesta systeemistä, sillä ajatukset ihmiskehosta vastaavat yleisiä käsityksiä yhteiskunnasta. Erityisesti teoksessaan *Puhtaus ja Vaara* (2000), Douglas esittää kulttuurin määrittelevän ja järjestävän ruumiitamme ja tämän kulttuurisen järjestämisen vaikutuksesta ruumiimme muokkautuvat tottelevaisiksi ja hyödyllisiksi. Hänen mukaansa sosiaalisella yhteisöllä on tapana määritellä asioita likaisiksi tai puhtaiksi, joka on yhteisön erityinen keino hallita ympäröivää todellisuutta (emt.). Douglasia kiinnostavat poikkeavuudet ja poikkeava käytös, koska ne ilmaisevat aina jotain luokittelujärjestelmästä. Esimerkiksi ulkopuoliseksi, vieraaksi tai vaaraksi luokitellut asiat merkitsevät symbolisesti likaa, joka voidaan ymmärtää jäsentymättömänä ja järjestäytymättömänä – kulttuurisen kontrolloimattomuuden tilana. (ks. Emt.)

Douglasin teoria on sovellettavissa lihavuuteen ja siihen miten määrittelemme *läskin* tai *rasvan* vastenmieliseksi yhteiskunnassamme, ikään kuin liaksi. Luomme kategorioita,

jotka muodostuvat aina vastakohtapoolien ympärille; hyvä/paha, terve/sairas, lihava/laiha, rasvainen/rasvaton. Kategorioilla luomme todellisuudestamme ymmärrettävän, koska nämä luokittelut sisältävät symbolisia merkityksiä jotka sitten vaikuttavat toimintaamme. Esimerkiksi rasva saattaa symboloida tietyssä kontekstissa epäpuhtautta, koska olemme oppineet rasvan olevan ominaisuuksiltaan epäterveellistä ja lihottavaa. Rasva liitetään tiettyihin ruokiin, kuten vaikkapa pizzaan tai suklaaseen ja nämä ruoat yhdistyvät edelleen lihaviin ihmisiin. Tällöin lihava ihminen alkaa symboloida *huonoa* ja/tai *epäpuhdasta* elämää. Arkitodellisuutemme ymmärrys rakentuu näin ollen kulttuurisiin erotteluihin, joissa suljemme tiettyjä asioita oman kulttuurisen tietämyksemme sisään, mutta samalla poissuljemme tai estämme epämiellyttävien asioiden sisäänpääsyn.

Symbolista interaktionismia edustavan Erving Goffmanin (1986) *stigman* käsite on yksi lainatuimmista käsitteistä, jonka avulla lihavuuteen liitettäviä ennakkoasenteita sekä subjektien ruumiskokemuksia on tutkittu (ks. esim. Teachman & Brownell 2001; Harjunen 2004; Maclean et al. 2009). Stigmalla Goffman viittaa yksilön näkyviin ja näkymättömiin ominaisuuksiin,<sup>14</sup> jotka heikentävät julki tullessaan henkilön sosiaalista statusta ja vaikuttavat kielteisesti henkilön sosiaaliseen identiteettiin ja käsitykseen omasta itsestä (Harjunen & Kyrölä 2007, 28). Lihavuuden stigma on määrittynyt sosiaalisesti, sillä lihavuus sekä normaalipaino ovat itsessään sosiaalisesti tuotettuja ja ylläpidettyjä kategorioita, sosiaalisia konstruktioita (Harjunen 2004, 243-244). Lihavuus onkin nykyään eräs stigmatoiduimmista ominaisuuksista, sillä siihen yhdistetään lukuisia negatiivisia määreitä ja oletuksia, joiden oletetaan kertovan henkilön sisäisistä ominaisuuksista (Harjunen & Kyrölä 2007, 28). Lihava ruumis nähdään esimerkiksi moraalisen rappion symbolina, eikä lihavalla ole tahdonvoimaa puhumattakaan itsekontrollista, jolloin painon kontrolloimattomuus näyttäytyy henkilökohtaisena ongelmana (Lupton 1996, 137).

Yksi tapa käsitteellistää ruumista konstruktionistisesti on ajatus muokatusta tai kolonisoidusta ruumiista, jolloin tutkimus suuntautuu yhteiskunnan tai kulttuurin ruumiille antamiin määrittelyihin. Näkökulma on osoittautunut hyvin kriittiseksi; sillä on haluttu näyttää, miten yhteiskunnalliset prosessit voivat alistaa tiettyjä ryhmiä, esineellistää ruumiin ja tuottaa haitallisia malleja vaikkapa nuorille. (Oinas 2001, 22.) Muun muassa Jan Wright ja Valerie Harwood käsittelevät teoksessaan ”*Biopolitics and the obesity epidemic*” (2009), kuinka lihavuusepidemian ympärille liitetyt diskurssit – uudelleenmuotouduttuaan

---

14 Goffman käyttää esimerkeinään homoseksuaalisuutta ja fyysisiä vammoja. Ks. Goffman (1986).

hallitusten politiikassa, terveysvalistajien puheissa, sekä koululaitoksen käytännöissä – vaikuttavat lasten ja nuorten käsityksiin itsestään. Artikkeleiden yhteisenä nimittäjänä toimii *biopedagogiikan* käsite, jonka avulla kirjoittajat ensinnäkin kuvaavat lihavuusepidemian ympärillä vallitsevia ruumiin opastamisen ja normalisoinnin diskursseja, joita tuotetaan yhteiskunnan institutionalisoituneissa tiloissa, kuten koulussa, perheissä, mediassa ja kansallisissa terveyskampanjoissa, ja toisekseen esittävät kuinka näillä diskursseilla on vaikutusta lasten ja nuorten subjektifikaation muotoihin. Kirjan teesinä väitetään, ettei biopedagogiikka ainoastaan aseta yksilöitä jatkuvan tarkkailun alaiseksi, vaan painostaa yksilöitä itsetarkkailuun muun muassa kasvattamalla tietoa lihavuuden ympärille liitetystä riskeistä, sekä opastamalla terveellisempiin ruokailutottumuksiin ja aktiivisempaan elämäntapaan. (ks. Emt.)

Wrightin ja Harwoodin teoksessa käyttämä biopedagogiikan käsite pohjautuu Michel Foucault'n (1980; 1998) *biovallan* käsitteeseen – ajatuksiin ruumiin tuottamisesta, jonka muodostumisessa kulttuurisilla diskursseilla ja vallalla on suuri merkitys. Foucault asettaa ruumiin suoraan poliittiselle kentälle, jossa sitä voidaan manipuloida ja jota valta pyrkii muokkaamaan tarkoituksiinsa sopivaksi; ihmisruumiista tulee modernin hallinnan komponentti, jota ohjaillaan poliittisten teknologioiden ja tieto-vallan keinoin. (Foucault 1980, 32-38.) Tutkimuksessaan modernin vankilainstituution kehityksestä Foucault pyrki osoittamaan, kuinka valta toimii ruumiiden kautta. Myös lääketieteellä ja sen hallitsemilla ammattiryhmillä, kuten lääkäreillä, psykiatreilla ja sosiaalityöntekijöillä oli erityisen tärkeä asema yksilön ruumiinkurin kannalta. Erityisesti mielisairaalat, sairaalat, tehtaat ja koulut olivat paikkoja, joissa ruumista ”vahdittiin” ammattilaisten toimesta. (ks. Foucault 1980; 1998.)

Näkökulmani asettuu lähelle Wrightin ja Harwoodin (2009) teoksen lähestymistapaa, kuitenkin sillä erotuksella, että keskityn *terveysasiantuntijoiden* tapaan vaikuttaa tuottamallaan diskursseillaan ruumiilliseen käyttäytymiseen, joka johtaa väestön elämäntapojen medikaaliseen kontrolliin. Medikaalinen kontrolli tarkoittaa muun muassa ruumiinpainon tarkkailua ja jatkuvaa elämäntapoihin vaikuttamista. Sulautan medikalisaatio -käsitteen Foucault'n biovallan käsitteeseen. Tällöin biolääketieteen puuttuminen lihavuuteen ja ruumiiseen tulee kuvatuksi *medikaalisen biovallan* kautta, jossa (terveyteen orientoitunut) asiantuntijavalta ottaa ruumiit haltuun institutionaalisten muotojen kautta. Toisaalta minun on tiedostettava lääketieteen asiantuntijavallan taustalla

vaikuttavat institutionaaliset kytkökset mm. elintarviketeollisuuteen, maatalouteen, mainontaan, markkinoihin, sekä lääketeollisuuden lobbaamiseen, vaikka huomioni keskittyykin terveyden ammattilaisten kirjoitteluun.

Erityisesti fenomenologisesti orientoituneet tutkijat arvostelevat sosiaalisen konstruktionismin ruumiskäsitystä sen *ruumiittomuudesta*, eli tavasta jolla sosiaalinen konstruktionismi ohittaa ruumiin fyysisen perustan ja redusoi ruumiin diskursseihin (Williams & Bendelow 1998, 34-35). Niin Foucault'n kuin yleisestikin sosiaalisen konstruktionismin ruumiskäsityksen ongelmana pidetään sitä, että ne kertovat enemmän vallasta ja sosiaalista voimasuhteista kuin itse ruumiista (Shilling 1993, 193). Shilling (emt.) kritisoi sosiaalisen konstruktionismin edustajien tapaa käsittää ruumis sosiaalisten voimien konstruoimana, mutta sosiaalinen konstruktionismi tai sen kannattajat eivät kykene riittävästi selittämään mikä oikeastaan on tämä *konstruoitunut ruumis* tai miten *konstruoitunut* ruumis ylipäätään on. Se myös laiminlyö mahdollisuuden, että tietyt ruumiillistumamme ulottuvuudet saattavat olla suostuvaisempia sosiaalisille interventioille kuin toiset (mt.).

Tunnustaudunkin maltillisemmaksi konstruktionismin kannattajaksi kuin esimerkiksi Foucault. Vaikka lähestymistapani ruumiiseen on hyvin foucaultlainen, niin näen kuitenkin, että ruumis on myös fyysinen ja biologinen – verestä, lihasta ja luusta koostuvaa materiaa. Mutta se, millaiseksi tämä biologinen materia merkityksellistyy yhteiskunnassa on diskursiivisten käytäntöjen, vallan ja sosiaalisen aikaansaannosta. Kun naturalistinen kanta laiminlyö ruumiin sosiaalisen merkityksenannon, niin puhdas konstruktionistinen näkökulma jättää huomiotta, että ruumis on myös kokeva ja tunteva, joka aistii esimerkiksi kipua, kylmyyttä ja kuumuutta.

### **3 Elämän ja ruumiin biopolitisoituminen**

Ruumiin kontrollin keskeisenä kuvaajana voidaan pitää ranskalaista Michel Foucault'ta (ks. Foucault 1980; 1998). Yleisimmin ruumiin kontrolli voidaan käsittää sosiaalisena kontrollina, viitaten keinoihin, joilla yhteiskunta turvaa uskollisuuden sosiaalisille normeille tai spesifimmin: kuinka poikkeavaa käytöstä pyritään estämään, minimoimaan ja normalisoimaan (Conrad & Schneider 1992, 7). Tässä luvussa tarkastelen, kuinka sosiaalinen kontrolli voidaan nähdä valtana, joka pyrkii luomaan normaaliutta ja itsekontrollia eli hyväksyttäviä ruumiita. Tarkastelussani tukeudun Foucault'n (1980; 1998) ajatuksiin biovallasta ja biopolitiikasta, Nikolas Rosen (1999a; 1999b) ja Mitchell Deanin (1999) käsityksiin modernin ajan hallinnasta sekä Foucault'lta lainattuihin ajatuksiin ruumiin vallasta, pääosin Ilpo Helénin (2004), Johanna Oksalan (1997) Susan Bordon (1993a) ja Katja Lappalaisen (2006) kehittäminä.

#### **3.1 Ruumis biovallan tuotteena**

Foucault'n (1998, 96-99) mukaan oikeus päättää elämästä ja kuolemasta oli aikaisemman, suvereenin vallan etuoikeus. Suvereeni valta oli oikeutta ottaa tai antaa elää; se kohdistui tavaroihin, aikaan, ruumiiseen ja elämään itseensä. Suvereenin vallan korvannut nykyinen, modernin ajan valta kehittyi kahdessa perusmuodossa. (Mt.) Ensimmäinen, 1600-luvulta kehittynyt valta keskittyi ihmisruumiin anatomis-poliittiseen olemukseen, jonka tarkoitus oli ruumiin kesyttäminen, sen voimien kasvattaminen, hyödyllisyyden ja muovattavuuden kasvattaminen, sekä yhdistäminen tehokkaiisiin ja taloudellisiin kontrollijärjestelmiin kurinpidollisten menetelmien avulla (mt.). Näitä kurinpidollisen vallan tyysijöjä edustivat erityisesti koulut, sairaalat ja vankilat (ks. Foucault 2005, 186-190).

Toista 1700-luvulta alkanutta ajanjaksoa Foucault nimittää biopolitiikan aikakaudeksi, joka perustui lajiruumiin biologisten prosessien sääntelymenetelmiin (Foucault 1998, 99). Rosen (2001, 82) mukaan biopolitiikalle on ominaista elämän hallinta poliittisten auktoriteettien toimesta – jokaisen elävän subjektin hyvinvoinnin nimissä. Poliitiikka kohdistuu olemassaolon prosesseihin kuten väestön kokoon ja laatuun, lisääntymiseen ja

seksuaalisuuteen, avio-, vanhemmuus- ja perhesuhteisiin, terveyteen ja sairauteen, syntymään ja kuolemaan (emt.) Biopolitiikka kietoutuu elämäntieteiden, ihmistieteiden ja klinisen lääketieteen nousuun, synnyttäen samalla tekniikoita, teknologioita, asiantuntijoita ja välineitä kaupunkisuunnittelusta terveystalouteen kaikkien ja jokaisen elämän hallitsemiseksi (Helén 2004, 207-208). Tällä tavoin biologinen oleminen näyttäytyy poliittisessa olemisessa (Foucault 1998, 101).

Biovallalla Foucault kuvaa sitä kurivallan ja biopolitiikan sommitelmaa, jossa tiedon ja vallan yhteen kietoutuminen mahdollisti ruumiin ja väestön kontrolloinnin (Foucault 1998, 99-102). Biovalta ilmenee hyvää tarkoittavana ja suojelevana, mutta on itse asiassa tehokas ja syvälle tunkeutuva sosiaalisen kontrollin muoto (Oksala 1997, 170). Biovalta kohdistuu eläviin ihmisryhmiin ja populaatioihin, ja sen tarkoitus on pyrkiä muovaamaan, hyödyntämään, voimaperäistämään ja ohjaamaan ihmisten kykyjä ja ominaisuuksia, jotka voivat olla ruumiillisia, sielullisia, ajatuksellisia tai yhteisöllisiä. Tämä ihmiselämää muovaava vallankäyttö edellyttää erottamatonta yhteyttä empiriisiin ihmistieteisiin eli väestötieteeseen, sosiaalipsykologiaan ja lääketieteen aloihin sekä näihin liittyvään tilastotieteeseen. (Helén 2004, 207-208.) Sen tuottama tieto on *ruumiillistunutta tietoa*, joka tarkoittaa, kuinka ulkoisen hallinnan tiedolliset käsitykset, erilaiset ohjelmat ja eettiset ohjesäännöt saavat subjektissa materiaalsen hahmon. Biovallassa ja biopolitiikassa nämä ulkoiset hallinnan tekniikat kääntyvät siten itsen hallinnaksi eli subjektin tuottamisen tekniikaksi. (Vähämäki 1998, 135-136, 148.) Paul Rabinowin ja Nikolas Rosen (2003) mukaan biovallan ja biopolitiikan suhdetta voidaan kuvata seuraavasti:

[B]iovallan kentällä biopolitiikaksi voimme kutsua tiettyjä strategioita ja kamppailuja problematisoinnista, jotka koskettavat ihmisten kollektiivista elinvoimaisuutta, sairastuvuutta, kuolleisuutta, sekä myös tiedon muotojen, auktoriteetin regimien ja intervention käytäntöjen toivottavuutta, legitiimiyttä ja tehokkuutta (Rabinow & Rose 2003, 2).

Foucault'ille ruumis näyttäytyy objektina, jota voidaan manipuloida ja jota valta pyrkii muokkaamaan tarkoituksiinsa sopivaksi, eli toisin sanoen valta toimii ruumiiden kautta (Oksala 1997, 170). Biopolitiittisissa ohjelmissa, kuten kouluikäisten lasten kasvun ja kehityksen seuraamus-strategioissa, perheiden elämäntäytännöt saatetaan

asiantuntijakontrollin piiriin. Näiden ”normalisoivien” ohjelmien tavoitteena on ehdollistaa ruumis itsereflektiolle, tarkoittaen ruumiin jatkuvaa tarkkailua ja opastamista suhteessa biopoliittisen ohjelman ideaaleihin. Käytäntö voidaan ymmärtää Foucault'n hengessä biovallan muotona, sillä se on hajautunutta, koostuen lukuisista suhteista, toimijoista ja vallan subjekteista, joista muodostuu vallan harjoittamisen järjestely tai tilanne. Valtaa ei siten voi palauttaa järjestykseen, ylivallan rakenteeseen, instituutioihin eikä herruuden harjoittajiin. Varsinaisesti valta viittaa subjektiuden muotoihin ja toiminnan mahdollisuuksiin ja esteisiin, jotka ovat tietylle historiallisesti erityiselle strategiselle sommitelmalle sisäisiä eli immanenteja. (Helén 2004, 207.)

Katja Lappalainen (2006) on tarkastellut Foucault'n biovallan käsitettä. Lappalaisen kuvaus biovallasta asettuu erinomaisesti kontekstiin, jossa lääketiede pyrkii kontrolloimaan lihavuutta ja normittamaan ruumiillisuutta. Lappalaisen mukaan biovalta on laaja käsite, joka kiteytettynä tarkoittaa tekniikoita, joiden kohteena on ruumis. Biovalta pyrkii määrittämään, kategorisoimaan, ymmärtämään, tuottamaan, moralisoimaan ja luomaan kuuliaisia ruumiita. (Mt.) Biovallan väline on esimerkiksi tiede, rakennusaine tieteelliset teoriat sekä filosofiset analyysit, harjoittajia instituutiot sekä media, ja sen muodollinen syy on hallittu yhteiskunta sekä järjestys, joka tuottaa päämäärän eli kurinalaisen ruumiin. Lappalainen käsittää biovallan myös ideologisesti määriteltynä empiiristen ihmistieteiden sekä hallitsemiskäytäntöjen kokonaisuutena, joka tuottaa tiedon normin siitä, mikä on oikein ja luonnollista. Tällöin biovalta tiedon kautta luo ja muokkaa ihmisten haluja sekä käyttäytymismalleja määrittämällä sen, mikä on normaalia ja mikä epänormaalia. (Mt.) Esimerkiksi normaalipainoisuutta määriteltäessä painoindeksi näyttäytyy biolääketieteellisenä *tiedon normina* ja ihmisruumiin hallinnan tekniikkana, jonka avulla yksilöiden käyttäytymistä ohjailaan halutun tavoitteen saavuttamiseksi.

Vallan eri tekniikoilla ja taktiikoilla muokataan, koulutetaan ja hallitaan ihmistä tekemällä yksilön ruumiista kuuliainen ja tuottava. Foucault'lle valta on siis ennen kaikkea tuottavaa – strategista *vallankäyttöä*, joka tekee yksilöistä subjektin. (Foucault 1980, 33-36.) Vallalle on ominaista, että se pyrkii luokittelemaan ja sisäänrakentamaan yksilöön tiettyjä käyttäytymismalleja, tavoitteita – jopa koko yksilön identiteetin (Foucault 1984, 212). On huomioitava, että biovallan kehittyessä normien, arvojen ja tapojen painoarvo kasvaa eksplisiittisten lakien merkitysten kustannuksella. Valta ei siten toimi vain ulkopuolelta



asetettuina lakeina, vaan se sisältyy kaikkiin sosiaalisiin suhteisiin; rakentuu yhteiskunnan normeiksi ja terveiksi käyttäytymismalleiksi. (Oksala 1997, 170.) Valta on ennen kaikkea hallinnallisuutta, jota ei siis pidä ymmärtää pelkästään valtion harjoittamana valtana yli yksilöiden, vaan sen tekniikat ja strategiat sekoittuvat muihinkin sosiaalisen toiminnan säätelyä harjoittaviin, institutionaalisiin tasoihin, kuten perheestä massamediaan ja koululaitoksesta kansalliseen byrokraattiseen toimijaan kuten parlamenttiin, poliisiin sekä joukkotiedotukseen ja terveystieteen (Lupton 1995, 9).

Oksala (1997) tarkastelee Susan Bordon (1993a) ajatuksia siitä, kuinka feminismi on kahdella tapaa hyödyntänyt Foucault'n ajattelua ruumiista: yksi painottaa vallan normalisoivaa otetta ruumiiseen ja toinen painottaa ruumiin mahdollisuuksia vastustaa tätä normalisointia. Oksalan mukaan Bordo ei pidä hyödyllisenä näkemystä, joka painottaa ruumiin luovia mahdollisuuksia normien vastustamisessa, erityisesti silloin, kun halutaan kuvata esimerkiksi naisten ruumiiden suhdetta valtaan kapitalistisessa modernissa yhteiskunnassa, jossa mainonnan ja imagon merkitys on suurempi kuin koskaan (emt., 179). Bordo käyttää esimerkkeinä kauneusleikkauksia, joiden suorittaminen on nähty yleisesti yksilön valinnanvapautena ja ”elämän ottamisena omiin käsiin”, mutta silti hän kysyy missä määrin valitsemme itse ne kauneushanteet, joihin näillä leikkauksilla tähtäämme vai pyritäänkö ne istuttamaan meihin? (Bordo 1993a, 196). Oksala toteaa Bordon näkemyksen yksilön vapaudesta hyvin rajoittuneeksi. Se minkä kuvittelemme yksilölliseksi valinnaksi, on tosiasiasa manipulaation tulosta, jopa tapamme olla erilainen mukautuu tiettyihin normeihin. Ruumiin performanssit ovat meidän esittämiämme, mutta eivät meidän valitsemiamme. (Oksala 1997, 183.)

Ymmärrän biovallan hyvin samantapaisesti kuin Bordo, jolle kontrolli ja valta ovat ensisijaisesti normittavia ja normaalistavia. Normaalin ruumiin ja lihavuuden määrittelyyn käytettävät *lääketieteelliset luokitukset* ovat lääketieteen konstruktioita, joilla pyritään asettamaan ruumiille *oikeanlaiset* biologiset kriteerit, niin painon kuin siihen liittyvän terveyden ja hyvinvoinnin osalta. Nämä ovat siis arvottavia normeja, joihin pyritään erilaisten asiantuntijatahojen suosittamien tekniikoiden (terapiat, elämäntapaohjeet) välityksellä. Normittava kontrolli representoi painonhallinnan, laihduttamisen ja normipainon tavoittelun hyveenä (Halse 2009) tai yksilön luonnollisena pyrkimyksenä (Harjunen 2007), koska niiden avulla on mahdollista kokea elämässään jotain parempaa tai

tulla joksikin, joka on enemmän kuin lihava ruumiillisuus. Kehon- ja mielen muokkaustekniikat ovat juuri biovallan tekniikoita, jotka eivät ainoastaan mahdollista ruumiin normaliteetin saavuttamista, vaan tarjoavat keinon haluta elämältä ja itseltä enemmän.

Foucault saa osakseen myös kritiikkiä. Deborah Luptonin (1995, 131-132) mukaan Foucault'n kirjoitukset vallasta samanaikaisesti tukahduttavana sekä tuottavana ovat epäselviä ja hämmentäviä. Luptonin mukaan Foucault väittää, että valta on tuottavaa, mahdollistaen instituutioiden, objektien ja subjektien olemassaolon, mutta samaan aikaan erityisesti hänen kirjoituksensa vankilainstituution ja klinikoiden kehityksestä hallinnallisuuden näyttämönä viittaavat pikemminkin ihmisten vapaan tahdon painostamiseen vallan ja diskurssien avulla, luoden mukautuvia ruumiita. Jos vallalla ei ole selvää lähdettä, mutta se on läsnä kaikissa yhteiskunnallisissa suhteissa, niin tällöin valta on taipuvainen hyväuskoisen kansalaisen hyväksikäyttöön. (Mt.) Lupton kysyy, onko tällöin puhetapa positiivisesti *tuottavasta* vallasta oikea? Hän jatkaa, ettei diskurssien ja vallan dialektista suhdetta subjektiviteettiin tuskin koskaan pystytä ratkaisemaan, eikä diskursseista voi astua ulos, minkä vuoksi merkityksistä käydään jatkuvaa kamppailua: ruumis ja subjektiviteetti ovat osittain rakentuneet diskursiivisen vallan (hallinnan) määrääminä, mutta toisaalta diskursiivisuus myös mahdollistaa subjektin vastarinnan hallintaa kohtaan. (Mt.)

Muutoksen ja vastustuksen kannalta biovaltaa ei ole mielekästä nähdä pelkästään normaalistavana tai tukahduttavana. Luptonin tavoin näen, että biovalta mahdollistaa asiantilojen muutoksen. Valta on peliä, joka kamppailujen kautta muuttaa, vahvistaa ja kääntää voimasuhteita vastakkaisikseen (Foucault 1998, 69). Olen kuitenkin Luptonin kanssa eri mieltä siitä, ettei diskursseista voisi astua ulos. Jos esimerkiksi 150 kiloinen henkilö noustessaan rappuja, tuntee fyysistä särkyä polvissaan, niin silloin ollaan tekemisissä myös diskurssien ulkopuolisen todellisuuden kanssa. Korostan, että kokemukseen ruumiistamme vaikuttaa kehomme materialistinen perusta, mutta vastustamalla tämän fyysisen materian rajoittavaa ja normittavaa merkityksellistämistä, voidaan vähentää lihavuuteen liitettäviä ennakkoluuloja. Asettumalla vallitsevia hoikkuus- ja painodiskursseja vastaan ja esittämällä vaihtoehtoisia, kokemuksellisia ja perusteltuja näkemyksiä ruumiin ja hyvinvoinnin monimerkityksellisyydestä, on sisäistetty biovallan positiivinen mahdollisuus.

### 3.2 Asiantuntijuus ja itsekontrolli biopoliittisen hallitsemisen keinona

Biopolitiikan kiinteäksi osaseksi kuuluu hallinta (*government*), jota Mitchell Dean (1999, 10-12) kuvaa termillä *conduct of conduct*. Ilmaisua *to conduct* tarkoittaa yhtäältä saattamista tai opastamista sekä ohjaamista, joka erityisesti refleksiiviverbin muodossa *to conduct oneself* näyttäytyy hyvin eettis-moraalisessa merkityksessä. Toisaalta nominimuodossa sillä voidaan tarkoittaa ihmisen käyttäytymistä tai toimintatapaa. (Mt.) Käsite *conduct of conduct* yhdistää molemmat merkitykset hallinnan muodoksi, joka tarkoittaa enemmän tai vähemmän laskelmoitua ja rationaalista aktiviteettia, jota monenlaiset auktoriteetit ja toimijat harjoittavat, käyttäen hyväkseen erilaisia tekniikoita ja tietomuotoja, joilla pyritään muovaamaan käyttäytymistä työstämällä halujamme, pyrkimyksiämme, etujamme ja uskomuksiamme (mt.). Hallinta voidaan käsittää siten ihmisten käyttäytymisen ja toiminnan ohjaamisena sekä opastamisena, eli laajemmin ymmärrettynä biopolitiikkana. Kyse on erityisesti *hallintatavasta*, jossa ensiksikin on keskeistä vallan kohteen toimintaympäristön säätely ja puitteistaminen sekä toiseksi vallan kentälle osallistuvan toimijan omaehtoinen itsehallinta ja itsekontrolli tämän säädellyn toimintaympäristön puitteissa (mt.).

Ymmärrän hallinnan biopoliittisen kontrollin *rationaalisena* tekniikkana, jota harjoitetaan tietoon, totuuteen ja eettisyyteen perustuvien diskursiivisten käytäntöjen kautta (vrt. Rose 1999b, 24-28). Tässä tekniikassa tiedon ja asiantuntijuuksien kudelmat kietoutuvat yhteen tavalla, jossa hallinta tulee riippuvaiseksi tiedon ja totuuden systeemeistä, koska ne määrittelevät sen toiminnan objekteja – tarkkailemalla jatkuvasti hallintamekanismin kehitystä, tehdäkseen hallinnasta ajattelevaista, rationaalista, laskettavaa sekä käytännöllistä. Tieto saa tässä kohtaa hyvin fyysien muodon, sillä se muodostaa tietyistä väestön toimintakäytännöistä (kuolema, syntymä, avioliitto, sairastuneisuus) laskelmiensa ja kirjanpitonsa raakamateriaalia. (Rose 1999a, 6.) Logiikkaa voidaan nähdä sovellettavan myös terveystieteiden linjausten valmistelussa ja täytäntöön saattamisessa, joihin erityisesti lihavuutta ennaltaehkäisevät toimenpiteet on luettavissa.

Miller ja Rose (1997, 120-121) erottavat kolme asiantuntijatiedolle ominaista piirrettä. Ensinnäkin asiantuntijatieto on merkityksellistä liberaalis-demokraattisissa hallintamuodoissa sikäli, että se pitää etäisyyttä poliittisen vallan ja muodollisten elinten ja erilaisten hallinnon kannalta tarpeellisiksi katsottujen käytännöllisten toimenpiteiden välillä. Poliittiset voimat voivat vaatia yksityisalueeksi tunnustetun perhe-elämän ja yksilökäyttäytymisen tapahtumien muuntelua, mutta julkinen valta ei voi suoraan siihen ryhtyä, loukkaamatta sen suhdetta kansalaisyhteiskuntaan. (Emt.) Asiantuntijatiedolla on näin ollen välittävä tehtävä valtiovallan muodollisten elinten sekä sen toimenpiteiden ja ohjelmien kohteiden välillä (mt.).

Toiseksi Miller ja Rose näkevät asiantuntijatiedon synnyttävän erityisen suhteen tiedon ja hallinnan välille. Hallintaohjelmat tukeutuvat asiantuntijatietoon ja turvautuvat siihen muotoillessaan ja määritellesään erilaisia poliittisia ohjelmia. (Mt.) Samalla tavalla asiantuntijat tuovat itseään esiin objektiivisten analyysien tarjoajina niistä asioista, joihin hallinta on tarttumassa tai joihin sen pitäisi tarttua. Näin ollen asiantuntijatiedon tärkeys korostuu niissä problematisoinneissa jotka muodostavat hallinnon kohteita, hallintaohjelmien muotoilussa sekä niiden teknologioiden kehittämisessä, joiden avulla niitä pyritään toteuttamaan. (Mt.)

Kolmantena Miller ja Rose näkevät asiantuntijatiedon ainutlaatuisen suhteen sosiaalipoliittisten harjoittajien ja palveluiden vastaanottajien välillä. Asiantuntijatiedolla on toisin sanoen erityinen kyky vaikuttaa yksilöiden elämänhallintaan. (Mt.) Asiantuntijatiedon ytimessä olevilla puolueettomuus-, objektiivisuus- ja tieteellisyysvaatimuksilla on voimakas yksilöllistävä vaikutus: niiden avulla yksilö voidaan ehdollistaa sellaiseen suhteeseen eri vaihtoehtojen nähden, että heitä rohkaistaan tai velvoitetaan vapaasti valitsemaan se, mikä on kiistämätöntä (mt.).

Millerin ja Rosen luonnehdinnat asettuvat hyvin lihavuus- ja terveystieteiden kontekstiin. Terveyspoliittisten linjausten lobbareina ja taustavaikuttajina häärivät juuri terveysalan asiantuntijat, joiden tieteellisen evidenssin tukemana laaditaan toimenpideohjelmia. Poliittisia päätöksiäkin vahvemmin asiantuntijatieto vaikuttaa suoraan yksilön käyttäytymiseen. Asiantuntijatieto on kuin ”postimyyntikuvasto”, josta poimimalla tarvitsemansa jokainen yksilö voi tuntea itse hallitsevansa elämänsä palapeliä. Itsehallinta on siten asiantuntijuuksien ja tieto-vallan yhteenkietoutumisen mekanismi, jonka

hivuttautuminen yksilöiden elämään vaikuttaa subjektiuden muodostumiseen ja sen prosesseihin. Tämä *hallinnallisuus* ei ohjaa ainoastaan ruumiin toimintojamme, vaan myös koko minuuttamme. Rose (1999a, 1) jopa väittää, että henkilökohtaisiksi ominaisuuksiksemme kokemamme asiat, kuten persoonallisuutemme, subjektiviteettimme ja suhteemme toisiin ovat hallittuja siten, että jopa minuuden intiimeimmät yksilöllisinä pitämämme ajatukset ja tunteukset ovat sosiaalisesti järjestettyjä.

Rose tarkoittaa, että hallintavallan harjoittaminen on yksilöllistävää, jossa yhteiskunnan hallinta nähdään yksilöiden itsehallinnan, valintojen ja ”vapauksien käytön” varassa. Hallinta vapauden kautta tarkoittaa siten niiden käytäntöjen muovaamista, joiden kautta yksilöt ja organisaatiot ymmärtävät ja määrittävät oman vapautensa. (Rose 2001, 86.) Esimerkiksi yhteiskunnallinen järjestyksenpito ja yhteiskunnallinen ohjailu sekä yhteiskunnan *parantaminen* järjestetään yksilöiden vapauden kautta ja yksilöitä vapauttamalla (Rose 1999b, 63-97). Hallinta vapauksien puitteissa on eräänlaista itsen eettistä työstämistä, jossa muokataan itseä oman käyttäytymisen moraalisubjektina (Foucault 1998, 132-137). Deanin (1999, 17) mukaan esimerkiksi dieetille ryhtyminen, riippumatta perimmäisistä syistä, on esimerkki siitä kuinka tieto ja valta muuttuvat subjektin itsehallintatekniikaksi. Yksilö noudattaa asiantuntijoiden viimeisimpiä tutkimustuloksia laihduttamisesta, ruokailusta ja kuntoilusta. Näiden tietoon perustuvien tekniikoiden avulla yksilö työstää itseään paremmaksi moraalisubjektiksi. Vallan vaikutuksia ei tule kuitenkaan nähdä pelkästään negatiivisina, vaan vallan harjoituksella, valtamekanismilla ja valtaverkostoilla voi olla myös tuottavia tai positiivisia vaikutuksia, kuten vallan kohteen omaksumat taidot, uskomukset tai tiedon kasvu hänen tarkkailunsa tuloksena (Kusch 1993, 123).

## 4 Terveyskansalaisuus ja medikaalinen kontrolli

Raimo Tuomaisen ym. (1999) mukaan väestön terveydentila on länsimaissa jatkuvasti kohentunut, arvioitiinpa terveyttä sitten vastasyntyneen odotetun eliniän, ikäryhmittäisen sairastuneisuuden tai keskeisten kansansairauksien aiheuttaman kuolleisuuden perusteella. Tästä(kin) huolimatta olemme entistä huolestuneempia terveydentilastamme. Nykyinen tendenssi viittaa siihen, että terveydelliset näkökohdat korostuvat yhä useammalla elämänaalueella ja yhä useampaan yksilön ongelmaan näyttää olevan tarjolla lääketieteellinen vastaus, joko lääke tai jokin muu hoito. (Emt., 7.) Rose huomauttaakin kuinka medikaaliset käytännöt ovat antaneet *vitalistisen* (elinvoimaisen) luonteen yksilöiden olemassaololle poliittisina subjekteina (Rose 2001, 82). Voidaan siis väittää, että yksi nykypäivän biopolitiikan ilmenemismuodoista on medikalisaation levittäytyminen ihmiselämän piiriin. Tässä luvussa käsittelem medikalisaatio-ilmiotä ja sen biopoliittista ulottuvuutta, joka ohjailee yhä enemmän ihmisten elämää. Aloitan tarkastelun Ilpo Helénin ja Mikko Jauhon (2003) hahmottamalla ”terveyskansalaisen” käsitteellä, josta siirryn kohti medikalisaatiota Nikolas Rosen (2001) nykypäivän biopolitiikan kautta. Lopuksi tarkasteluni terävöityy pohtimaan lihavuuden medikalisoitinta.

### 4.1 Hallinnan tavoitteena terve kansalainen

Helén ja Jauho (2003, 13-15) hahmottavat terveyskansalaisen käsitteen synnyn liittyvän kansallis- ja sosiaalivaltioiden vahvistamisen eetokseen, joka voidaan tänä päivänä nähdä terveydellisten kysymysten politisoitumisena sekä ihmisten elämäntavan biopoliittisena hallintana. Helénin ja Jauhon mukaan terveyskansalaisuudella tarkoitetaan lähinnä kansakuntaan kuulumista ja kansakunnassa tiettyjen terveyteen liittyvien oikeuksien ja velvollisuuksien toteutumista ja noudattamista, eli ts. elämän hallintaa. Kansallisvaltioiden kehittymisen ja terveyskansalaisen käsitteen myötä terveydestä on muodostunut yksilön yhteiskunnallisen arvon mittapuu, jossa kysymys terveydestä, sairauksien ennaltaehkäisystä sekä sairauksien hoidosta on liittännyt yksilön elämäkäytäntöihin toimintamahdollisuuksia sekä rajoituksia. (Mt.)

Helén ja Jauho esittävät, kuinka kansakuntaan kuulumisen näkökulmasta terveyskansalaisuudelle voidaan löytää kaksi merkitysulottuvuutta. Ensimmäinen koostuu

pyrkimyksestä kansalaistaa jokainen ihmisyksilö terveydenhoidon nimissä, eli levittää terveydenhoidon sanomaa suurille väestöryhmille. Kansanterveysvalistuksessa kansalaisuutta määrittelee ajatus, jonka mukaan terveys on henkilökohtainen velvollisuus kansakuntaa ja kansaa kohtaan ja sen saattaa täyttää huolehtimalla omasta terveydestään. (Mt., 13-15.) Terveyskansalaisuuden toinen ulottuvuus kansakuntaan kuulumisen näkökulmasta liittyy – ehkä hieman yllättäin, tietynlaiseen kansalaisten *eriarvoistamiseen* ja *eriarvoistumiseen* kansanterveyden vaalimisen nimissä. Käytäntö on nähtävissä toimintana, jossa julkinen valta ja lääkärikunta tarkkailevat, ryhmittelevät ja erittelevät kansakunnan jäseniä normaaleihin ja sairaalloisiin, tuottaviin ja rasituksiin tai kunnollisiin ja vaarallisiin kansalaisiin. (Mt.) Nämä luokittelut voidaan ymmärtää ihmisryhmien kontrollointi ja elämään puuttumisen keinoina.

Helén ja Jauho (2003, 19) jäsentelevät kansanterveystyön ja terveysvalistuksen logiikkaa historiallisesti muotoutuneen hallinnan järjen mukaan, joka yleisemmin määrittää länsimaisen sosiaali- ja hyvinvointivaltion poliittista rationaalisuutta.<sup>15</sup> Sen mukaan valtiovallan pääasia on huolehtia yhteiskunnan ja sen jäsenten turvallisuudesta ja onnellisuudesta ja se toimii ensisijaisesti ohjaamalla vapaat yksilöt hallitsemaan itseään ja elämäänsä. Logiikkaan liittyy kuitenkin valtion hallinnallistuminen: valtiovalta ja politiikka hajaantuu lukuisiksi käytäntöjen sommitelmiksi, joille ovat ominaisia rajatut hallinnan päämäärät, asiantuntijuudet ja tieto-valta muodostumat. (Mt.) Yhdessä ne muodostavat instituutioiden, hankkeiden ja prosessien kudoksen, jossa pyritään eri tavoin johtamaan ja ohjaamaan ihmisten toimintaa. Helénin ja Jauhon mukaan hallitseminen alkaa väestötasolta, jossa hallinta käsittää ongelmaryhmien haltuunoton asiantuntijoiden avustuksella. (Mt.) Asiantuntijat ovat alkujaan valtiollisia toimijoita, mutta heidät voidaan yhdistää myös itsenäisiin instituutioihin ja laitoksiin. Heidän toiminta on kuvailtavissa systemaattiseksi, laskelmoiduksi ja määrätietoiseksi väestön terveydentilan arvioinniksi, jonka tarkoitus ei ole armotta polkea ihmisten oikeuksia vaan taata väestölle mahdollisuus terveelliseen elämään. (Mt.)

Tarkasteltaessa kansanterveystyötä edelleen hallinnan järjen näkökulmasta, Helén ja Jauho (2003, 18-20) näkevät terveysterveystyön muotoutumiselle kaksi keskeistä piirrettä. Ensiksikin julkisen vallan toimet kansanterveyden vaalimiseksi ovat sekä väestön

---

15 Helén ja Jauho viittaavat ”hallinnan järjellä” pääosin Mitchell Deanin (1999) esityksiin *hallinnasta (government)* Ks. esim. Dean (1999) ja tässä tutkielmassa luku 3.2.

elinvoiman hallintaa että sosiaalista hallintaa. Yhtäältä elämää hallitaan aina yhteiskunnan nimissä ja sen hyväksi, toisaalta yhteiskunnallisiin ongelmiin puuttumisella on aina elämän hallinnan ulottuvuus. (Mt.) Toiseksi hallinnallistuneessa valtiossa lainsäädäntö, hallintojärjestys ja virkavallan toimenpiteet eivät ole terveystalitiikan ainoita tai edes ainoa toimintakenttä. Terveys politisoituu eri tahoilla ja tuota politiikkaa harjoittavat lääkärikunta ja muut terveydenhuollon asiantuntijat, järjestöt ja paikallishallinto. (Mt.) Politiikan hajaantuminen tarkoittaa sitä, että valtio on antanut vastuun kansanterveyden vaalimisesta esimerkiksi lääkärikunnalle ja muille asiantuntijaryhmille, joita se voi ohjailia muokkaamalla niiden toimintaedellytyksiä (mt.).

Jussi Vähämäki (1998, 128-129) näkee biologisen elämän ja kansakunnan terveyden kiteytyvän kysymykseen biopoliittisesta hallinnasta, jossa yksilön elämä on muuttunut poliittiseksi suhteessa omaan ruumiiseen ja terveyteen. Vähämäen mukaan moderniteetissa aiemmin suvereenin (valtion) asemaa luonnehtinut ja sen muista vallan muodoista erottanut valta päättää elämästä ja kuolemasta liukenee yhteiskunnallisen toiminnan sisään, muuntuen osaksi populaation hallinnointia. Siksi vallan poliittisia vaikutuksia ei nykyaikaisessa yhteiskunnassa voida lokalisoida valtioon erityisenä toimijana, sillä terveydestä ja sairaudesta, normaalista ja epänormaalista, yhteisön piiriin kuuluvasta ja sen ulkopuolelle jäävästä päättävä valta läpäisee koko yhteiskuntaruumiin. (Mt.) Poliittisesta kontrollista tulee normalisoivaa, joka toimii ”displinaaristen instituutioiden”, eikä oikeuden kautta; se ei kohdistu niinkään ihmisyyksilöihin kuin hallinnoi yksilöiden elämän tilan kautta hänen olemassaolonsa ehtoja. Vallalla on siten taipumus kontrolloida, uusintaa ja säädellä elämää – tarkoittaen, että jo ennen yksilön ilmaantumista tämä uusi vallan muoto on päättänyt hänen elämästään ja ohjaa häntä kehittämään ja voimistamaan itseään. (Mt.) Tästä seuraa, että yksilön biologinen lajiolemus ja poliittinen kansalaisuus sekoittuvat poliittiseksi elämäksi (mt.).

Medikaalisella biopolitiikalla on siis tukeva ideologinen vaikutus ihmisten biologiseen olemiseen, joka voidaan käsittää väestön elämänlaadun parantamismahdollisuuksiin tähtäävänä *vitaalipoliittikkana*. Rosen (2001, 82-87) mukaan *vitaalipoliittikassa* kysymys on ennen kaikkea kontrollista, erityisesti sen logiikoista. Ensiksikin kontrolli tähtää ennaltaehkäisevään riskiajatteluun, jossa epävarmuutta ja elinympäristöriskejä pyritään torjumaan asiantuntijuuksien avulla. Logiikkaan kuuluu strategioiden laatiminen, joilla pyritään tunnistamaan ja hallitsemaan elämäntähtöjen osa-alueisiin vaikuttavia



riskitekijöitä. (Mt.) Ne liittyvät esimerkiksi terveydellisten tapahtumien epidemiologisiin ja tilastollisiin todennäköisyyksiin, pyrkien samalla vähentämään vaarallisen käyttäytymisen todennäköisyyttä ja vastaavasti kasvattamaan terveyttä ja hyvinvointia edistävien tapahtumien ja toimintojen todennäköisyyttä. Strategiat näkyvät esimerkiksi terveys- ja sosiaalipalveluiden järjestelyinä, yhdyskunta- ja rakennussuunnittelussa, sekä koulutuskäytännöissä. (Mt.) Konkreettisina esimerkkeinä voidaan mainita vaikkapa vaatimukset terveellisemmän ruoan valmistuksesta, terveellisempien naapurustojen synnyttämisestä ja erilaisten rankaisuverojen esittämisestä rasvaiselle ruoalle, tupakalle ja alkoholille (ks. mt.).

Toisena Rose puhuu ryhmäriskien tunnistamisesta, jonka logiikka tähtää riskivarannon rajaamiseen riskiprofiloinnin avulla sekä ennaltaehkäisevään vaikuttamiseen riskiryhmiin kuuluviin yksilöihin. Tunnistamiseen vaadittavien riskiprofiilien, -asteikkojen ja osoittimien avulla pyritään ennalta vaikuttamaan riskiryhmiin kuuluvien henkilöiden käyttäytymiseen. (Mt., 87.) Lihavuutta määriteltäessä painoindeksi-luokitus on juuri tällainen riskiasteikko, jolla lääketieteellisessä mielessä pyritään osoittamaan henkilön riskipotentiaali muihin sairauksiin nähden. Riskin tunnistamisen jälkeen lihavalle yksilölle laaditaan *uusi elämäntapa*, johon kuuluu dieetti ja liikuntasuunnitelma, joiden edistymistä seurataan suhteessa painon, rasva-arvojen, verenpaineen ja kolesterolin kehittymiseen. Tällä tavoin lääketiede pyrkii keromaan jokaiselle yksilölle hänen vitaalisen laatunsa ja siihen sisältyvät riskit (Helén 2002, 108).

Terveiden kansalaisten tuottamisessa ja hallinnassa on siis kysymys paitsi riskien ennakoimisesta ja määrittelystä, niin myös yksilöiden vastuullistamisesta, jossa biologinen ruumis astuu poliittiselle kentälle. Christine Halse (2009, 50-51) kuvaa yksilöiden vastuullistamista *biokansalaisuutena (bio-citizen)*, joka tarkoittaa yksilön velvollisuutta ja pyrkimystä kansakunnan kannalta ”yhteiseen hyvään”. Lihavuushysteriaan liitettyjen mielikuvien kontekstissa biokansalainen voidaan ymmärtää terveyskansalaisen ideaalin sovellettuna versiona, joka esimerkiksi ottaa vastuun omasta painonhallinnastaan – ei pelkästään itsen, vaan koko yhteiskunnan edun nimissä. Biokansalainen pyrkii hoitamaan aktiivisesti ruumistaan ja toimimaan esimerkkinä myös lapsilleen. Biokansalaisen velvollisuuksien onnistumisen takeena pidetään oman ja koko perheen painoindeksien hallintaa, eli painon pitämistä normaalin rajoissa. Ennaltaehkäisemällä terveystarpeita, biokansalainen antaa oman panoksensa kansakunnan taloudellisen hyvinvoinnin ja

”yhteisen hyvän” puolesta. (Mt., 50-57.)

Terveiden kansalaisten *tuottaminen* ei ole arvoista tai ideologioista vapaata, vaikka terveysvalistus vaikuttaakin vain oikean ja neutraalin tiedon levittämiseltä. Luptonin (1995) mukaan terveysvalistuksen tehtävä on tietenkin tuottaa mahdollisimman paljon *oikeaa tietoa* terveydestä ja terveellisistä elämäntavoista, sekä ennaltaehkäistä ja määritellä terveysriskejä. Kuitenkaan toimintaa ja diskursseja joilla välitetään tietoa yleisestä terveydestä, ei voida pitää täysin arvovapaina tai neutraaleina, vaan ennemminkin vahvasti poliittisina ja sosiaaliseen kontekstiin sidottuina, ajan ja paikan mukaan vaihtuvina. Lupton väittää, että samanaikaisesti kun kansanterveys ja terveyden edistäminen on länsimaissa nostanut päätään, näiden instituutioiden diskurssit ja toimintatavat ovat tuottaneet tiettyjä rajoittuneita subjekteja ja ruumiita, luomalla diskriminoivia moraalisia vastakohtaisuuksia. (Mt.,78-105.) Luptonin mukaan uusi terveyden edistämisen retoriikka pyrkii pois vanhakantaisesta, yksilöä syyttävästä *sairauskeskeisestä* ajattelutavasta, kohti uutta *positiivisen terveyden* käsitettä. Positiivisella terveysretoriikalla yritetään luoda koko väestöä kattava, suopeampi asenne terveellisempään elämäntapaan istuttamalla terveyspoliittisia ohjeistuksia muun muassa koululaitokseen, työpaikoille ja armeijaan. Keskeistä ajattelussa on sairauksia ennaltaehkäisevä toiminta, sekä terveysmyönteinen asenne, jonka täytyy muuntautua ohjeistuksista yksilölliseksi vastuuksi itsestään. (Mt., 49-76.)

## 4.2 Medikalisaation nousu

Ilpo Helén (2002, 105-108) esittää kuinka nykylääketiede pyrkii toteuttamaan sen mitä me nykyihmiset haluamme, eli tarjoamaan meille keinoja ja voimavaroja tavoitella terveyttä sekä pidempää täydempää, nautinnollisempaa ja kauniimpaa elämää. Elämän muokkaaminen nykylääketieteessä perustuu hyvin tieteellisiin menetelmiin, tekniikkaan ja tietoon, jotka mahdollistavat olemassa olevan vajavaisuuden – synnynnäisen, tapaturman tai sairauden aiheuttaman tai normaalin rajoissa olevan piirteen – ylittämisen, kiertämisen tai korvaamisen. Lääketieteellä on siis keinot parannella elintoimintoja ja ruumiinkykyjä, sekä jopa lisätä uusia ja poistaa niiden rajoituksia. (Mt.)

Helénin muotoilema kuvaus nykypäivän lääketieteestä korostaa lääketieteen

mahdollistavaa, mutta myös sen kontrolloivaa luonnetta. Voidaan väittää, että kysymys on *medikalisaation* sulautumisesta nykyihmisen elämänpiiriin, jonka kontrolliluonne iskostuu yksilön tajuntaan joko tiedostetusti tai tiedostamatta. *Medikalisaatiolla* tarkoitetaan lääketiedeinstituution kasvua sekä elämäntapahtumien ja poikkeavuuden lääketieteellistämistä, jossa tietty ilmiö määritellään lääketieteellistä termistöä käyttäen ongelmaksi, sulkeistetaan tuo ongelma lääketieteellistä kehikkoa vasten ja jossa tämän ongelman hoito tai poistaminen edellyttää lääketieteellistä interventiota (Conrad 1992, 211; ks. myös Tuomainen ym. 1999). Peter Conrad (1992, 211) tulkitsee tämän lääketieteellisen vallan sosiaalisen kontrollin institutionaaliseksi muodoksi ja esittää sen muodostuvan kolmella tasolla: ensimmäisellä käsitteellisellä tasolla lääketiede määrittelee yhä enemmän jokapäiväistä elämää sekä erilaisia käyttäytymisen ja toiminnan alueita kontrollinsa alaiseksi, toisella järjestelmällisellä tasolla lääketiede kohentaa valta-asemaansa portinvartijan roolin seurauksena, jaottelun kolmannella eli yksilötasolla lääkärin arvovalta suhteessa maallikkoon kohoaa entisestään.

Medikalisaatio voidaan siis ymmärtää sosiaalisena kontrollina, joka keskittyy lääketieteellisiä tekniikoita ja määrittelyjä hyödyntäen sellaisen poikkeavan käyttäytymisen eliminoimiseen, jonka uskotaan olevan vaaraksi sosiaalisille normeille (Conrad & Schneider 1992, 241-245). Käyttäytymisen voidaan nähdä olevan joko terveellistä tai epäterveellistä ja toisaalta käyttäytyminen ilmenee terveytenä tai sairautena (emt.). Lihavuus on hyvä esimerkki medikalisoitumisesta, sillä lihavuuden ajatellaan johtuvan vääränlaisista käyttäytymistavoista, kuten nautitun ravinnon ja fyysisen aktiivisuuden epäsuhdasta. Tällöin monista yksilön arkisista sosiaalisista toiminnoista – lähinnä syömiseen, nukkumiseen ja fyysiseen aktiivisuuteen liittyvästä – tulee medikaaliselle kontrollille alisteista. Yksilöä ohjeistetaan asiantuntijoiden laatimien *oikeiden* ja terveellisten ruokailu- ja liikuntatottumusten toteuttamisessa ja toteuttamisen edistymistä kontrolloidaan painon punnituksilla, ruoan kalorimäärän laskennalla sekä päivittäisen liikunta-aktiivisuuden ja rasvaprosentin mittauksella. Toiminnalla pyritään muuttamaan epäterveellinen ja epänormaali käyttäytyminen terveelliseksi, eli normaaliksi käyttäytymiseksi. Ihmisruumis käsitetään tällöin eräänlaisena *biologisena koneena*, joka noudattaa universaaleja ja energiankulutuksen mekaanisia lakeja (Gard & Wright 2005, 38-67).

Kysymykseen medikalisaation laajuudesta ja vaikuttavuudesta on esitetty erilaisia arvioita.

Conradin ja Schneiderin (1992, 252-253) mukaan muutokset toisaalla sosiaalipolitiikassa lisäävät lääketieteellisen sosiaalisen kontrollin määrää suhteessa muihin sosiaalista kontrollia harjoittaviin tahoihin, kuten vaikka lakeja ja asetuksia säätävään eduskuntaan. Esimerkiksi rikosten ja rikollisen käyttäytymisen dekriminialisointi (esim. seksuaalisen häirinnän määrittely, päihdepolitiikka) johtaa medikaalisen kontrollin lisääntymiseen yhteiskunnassa, jolloin ilmiö tai poikkeava käyttäytyminen ei määrity rikokseksi, vaan sairaudeksi tai poikkeavuudeksi. Lääketiede onkin kuin yhteiskunnallinen normi- tai oppijärjestelmä, jonka asema perustuu yleiseen ajatukseen ihmiselämää suojelevasta ja ylläpitävästä instituutiosta, jonka portinvartijan ja sanansaattajan asemaa käyttävät lääkärit hallitsevat terveyden ja sairauden määrittelyä, peittäen kuitenkin alleen useimmat vaihtoehtoiset mielipiteet. (Mt.)

Tuomainen ym. (1999, 25-28)<sup>16</sup> esittävät medikalisaatiolla olevan erilaisia funktioita, joista kolme ensimmäistä nähdään yksilötasoisina ja kolme muuta nähdään yhteiskunnan järjestymisen kannalta merkittävänä. Ensimmäisen funktion mukaan kansa tarvitsee totuusauktoriteetteja. Kansan vieraannuttua uskonnosta tilalle on tullut tiede, joka on monopolisoitunut totuuden hyvästä elämästä. Nimenomaan lääketiede on lähellä oikean elämän problematiikkaa. Oikein eläminen on terveellisesti elämistä, jossa erilaiset terveysopit ja -ideologiat palvelevat ihmisten tarpeita. Elämä tulee helpommaksi, hallittavammaksi ja turvallisemmaksi, kun on olemassa totuus johon nojata. (Emt.) Lääketieteellisestä diskurssista on muodostunut eräänlainen moraalidiskurssi, joka ei keskity pelkästään sairauksien parantamiseen, vaan määrittelemään mitä on hyvä elämä ja hyvin eläminen (ks. Turner 1992).

Toiseksi medikalisaatio mahdollistaa syyllisyydestä vapautumisen ja ongelmien ulkoistamisen. Yksilön ratkaisevaksi kokema erilaisuus, joka on vaikea luokitella erityislahjaksi, aiheuttaa syyllisyyttä. Ei-toivottu poikkeavuus pyritään eliminoimaan, olipa se sitten fyysinen, psyykinen tai sosiaalinen. Jos tässä ei onnistuta, ihmiset etsivät vapautusta syyllisyyden taakasta. Leimaamalla poikkeavuus se samalla ulkoistetaan, ja siten se loitonnetaan henkilön henkilökohtaisista ominaisuuksista. Ulkoistamisessa jollekin ongelmalle tai oireelle luodaan uusi ulkoinen muoto, jonka avulla ihminen voi ottaa etäisyyttä ongelmaansa. Ongelman ulkoistamisessa piilee se vaara, että yksilön oma käsitys

---

16 Perustana Tuomaisen ym. (1993) tutkimus, jota Tuomainen ym. (1999) jatkokehittävät. Erittelyssäni käytän lähteenä Tuomaisen ym. (1999) tutkimusta.

ruumiistaan ja sen luonnollisuudesta hämärtyy. (Mt.) Ivan Illich (1975) jopa väittää lääketieteen olevan ihmisen terveyden pahin uhka, koska se tekee ihmiset riippuvaiseksi terveydenhuollosta ja estää heitä näkemästä sairauksien kulttuurisia ja yhteiskunnallisia syitä, kuten taloudellista eriarvoistumista ja kulutuskulttuurin voimistumista. Illichin väite on mielestäni poleemisuudessaan vertaansa vailla. Haluaisinkin kysyä Illichiltä mitä hän näkee terveydellemme tapahtuvan, jos kaikki lääketieteelliset käytännöt ja lääketieteellinen tutkimus lopetetaan?

Kolmantena funktiona on tarve ihmisten narsismin kanavoimisesta. Kuvitelma jatkuvasta terveydestä ja menestyksestä on länsimaisen kilpailuyhteiskunnan merkki narsismin elinvoimaisuudesta. Vahva, terve fyysiikka sekä huoliteltu ulkonäkö on nähty vahvistavan koko ihmisen olemusta, myös mielen tasapainoa ja sosiaalista menestystä. (Mt.) Ahtaiksi käyvät ruumisnormit synnyttävät kuitenkin poikkeavuutta ja sen kontrollointia, joka onkin neljäs medikalisaation voimaperäisyyttä kuvaava muoto. Tuomaisen listauksen mukaan yhteiskunnat kontrolloivat jäseniään ja asettavat näiden käyttäytymiselle tarkoituksenmukaisiksi näkemiäänsä rajoja. (Mt.) Lääketiede on tässäkin asiassa käyttänyt arvovaltaansa tehokkaana ihmisten normalistajana. Terveyden nimissä on pystytty luomaan mitä erilaisimpia säädöksiä, koska säädöksillä on pyritty turvaamaan väestön terveys. (Mt.)

Viidentenä medikalisaatiota vahvistavana tekijänä Tuomainen ym. (1999) näkevät markkinatalouden ja terveyden symbioottisen suhteen. Terveydellä on suhteellisen helppo tehdä kauppaa jopa lama-aikoina, sillä ihmisten herkkyyttä huolestua itsestään voi vahvistaa keinotekoisesti. Mainonnan avulla terveyspalvelujen tuottajat pyrkivät ylläpitämään myyntiä siitä, että terveys on ostettavissa, valittavissa tai hallittavissa. Medikalisaatio on sopiva kilpailuyhteiskunnan tuki, koska sen voi liittää elämänkaaren mittaiseen tulosajatteluun. Individualistisessa kilpailuyhteiskunnassa yksilön tehtäväksi ei niinkään koidu maksimoida hyvää oloaan vaan tulostaan elämän kilpa-areenoilla. (Mt.)

Kuudes medikalisaation funktio liittyy yksinkertaisesti siihen, että medikalisaatiossa on kysymys valtarakenteiden ylläpitämisestä. Yhteiskunnissa tietyillä ryhmillä tai yksilöillä on enemmän valtaa ja suurempi auktoriteettiasema kuin toisilla. Tieteen ja terveydenhuollon auktoriteettiaseman lisääntyminen näkyy muun muassa lääkärikunnan yhteiskunnallisen valta-aseman parantumisena. (Mt. 1999) Lääketieteen valtarakenteita

uusintaa erityisesti se, että terveyden ja sairauden kysymysten ammattimainen käsittely sallitaan vain lääketieteellisen koulutuksen saaneille ammattilaisille. Pirttilä (1994, 84) kuvaa tämänkaltaisen lääketieteellisen vallan perustuvan rajattuun ja tematisoituun institutionaaliseen keskustelukäytäntöön, jota hän kutsuu *terveysdiskurssiksi*. Keskustelukäytännössä tietyt asiantuntijatahot tarkastelevat terveyttä määrättyjen näkökulmien ja terminologian avulla, päättäen myös aihevalinnoista, sekä niihin liittyvistä käsitteistä (emt.).

Tuomaisen ym. luonnehdinnat medikalisaatiosta havainnollistavat hyvin ensinnäkin sen mistä medikalisaatiossa on kysymys, mutta toisaalta nostattavat keskusteluun kulttuurimme terveyttä kohtaan suuntautuneen fanatismiin. Kansalaiset ottavat myös enemmän itse vastuuta terveydestään eli panostavat niin sanottuun *itsehoitoon* ja *vaihtoehtoisiin* hoitomuotoihin (ks. Tuomainen ym. 1999, 89-92; Kangas & Karvonen 2000). Oman vastuun korostamista terveyttä koskevissa asioissa on hahmotettu jo aiemmin tässä tutkimuksessa esitetyn *healthism*-käsitteen kautta, joka tarkoittaa henkilökohtaisen terveyden ensisijaista merkitystä yksilön hyvinvoinnille. (Crawford 1980; suom. *terveily*, ks. Karisto & Rahkonen 2000, 50). *Healthism*-ajattelussa tavoitteena on saavuttaa kokonaisvaltainen hyvinvoinnin tila ja tästä tavoitteesta yksilö on itse vastuussa. Kulttuuri voi edesauttaa terveyden rappeutumista, mutta yksilön on päättäväisesti pystyttävä vastustamaan ympärillämme olevia houkutuksia. (Mt., 1980.) Ideologian mukaan huono terveys on siis seurausta moraalisesti vääristä elämäntavoista, mikä johtaa sairastuneen yksilön moraaliseen tuomitsemiseen ruumiinsa laiminlyönnistä. Ajattelulla pyritään sekä riippumattomuuteen lääketieteen määräysvallasta, että kartoittamaan vaihtoehtoisempia tapoja kokea hyvä terveys. (ks. Crawford 1980.) Voidaankin ajatella, että itsehoitojen merkittävyyden kasvu lienee ilmaisevan pettymystä biolääketieteelliseen tietoon itsessään, kun esimerkiksi ruoan terveellisyyttä koskevat suositukset muuttuvat alituisen (Kangas & Karvonen 2000, 180).

Itsehoidon tai *healthism*-ajattelun erottaminen omaksi saarekkeekseen, irti medikalisaatio-ilmioistä, on mahdotonta. Molemmissa ilmiöissä on kysymys käyttäytymisen arvioimisesta terveyden arvoa vasten ja molemmat ilmiöt painottavat käyttäytymisen yksilöllistämistä. Crawford (1980, 381) sanookin, että *healthism* on *medikalisaation* muoto, jossa lääketiede yksilöi sairauden ja *healthism* yksilöistää parantumisen tai sairauden ennaltaehkäisyä. *Healthism*-ajattelussa yksilön terveyden tavoittelu on loputonta, koska yksilö näkee

jatkuvasti ympärillään potentiaalisia vaaroja. Väitän, että riskien ennaltaehkäisyyn perustuva ajattelu on medikaalisen vallan synnyttämää ja sen ilmentymä, ja tässä ilmiökentässä *healthism* on eräänlainen pitkälle kehittynyt moraalinen toimintatapa. Vastuun ottaminen itselleen omaan terveyteen liittyvissä kysymyksissä on siten hyvä esimerkki medikaalisesta biovallasta, jossa itsekontrollin avulla yksilö on saatu toimimaan halutulla tavalla (vrt. Rose 1999a; 1999b). Yksilö kuvittelee päättävänsä ruumiistaan ja terveydestään itse, mutta toimiikin viime kädessä lääketieteen ja muiden terveyteen liittyvien asiantuntijatahojen kontrollin vaikutuksesta.

Medikalisaatio-ilmion nousu ja siihen liittyvä lääketieteellisen vallan laajentuminen on herättänyt kriittisiä huomioita erityisesti sosiologisen tutkimuksen piirissä (ks. esim. Conrad & Schneider 1992; Hélen 2002). Huolta on kannettu muun muassa siitä miten käy moraalikysymysten, jos terveydestä ja sairaudesta tulee ihmisen käytöksen ensisijainen mittapuu ja jos diagnoosi korvaa moraalisen arvostelukyvyn ja oikeudellisen harkinnan tekojen ja käyttäytymisen arvioinnissa. Kysymyksiä herättää myös se, millaiseksi käsitys ihmisten omasta ruumiistaan tai terveydestään muodostuu, jos lääketieteellinen asiantuntijuus hivuttautuu kontrolloimaan ihmisten arkisia toimintoja. (Conrad 1992, 223; Conrad & Schneider 1992, 248-252; Helén 2002, 104.) Toisaalta medikalisaation ansioksi on sanottava, että se haastaa pohtimaan hyvin perimmäisiä kysymyksiä, esimerkiksi kysymystä siitä, onko olemassa moraalisesti oikeaa tapaa elää. Rose (2001, 95-96) väittääkin nykyajan biopolitiikan sulautuvan *eetospolitiikkaan*, jolle on ominaista oman elämän jatkuva arviointi. Eetospolitiikka koostuu minätekniikoista ja itsehallinnasta, joiden tarkoituksena on kehittää itseään paremmaksi ihmiseksi. Tätä politiikkaa leimaa sen vitaalinen, terveyttä korostava luonne, joilla tarkoitetaan niitä tekniikoita, jotka mahdollistavat itsen ja ruumiin parantamisen. (Emt.)

Vaikka medikalisaatiolla on kontrolloiva ote väestöön, voi kontrollilla olla myös mahdollistava vaikutus. Helén (2002, 110) korostaa, ettei nykylääketiedettä pidä ensisijaisesti käsittää pakottavana, alistavana ja esineellistävänä. Lääketieteellinen tieto, tekniikka ja ammattikunta omaavat valtaa vain siinä suhteessa kuin ne palvelevat yleisiä biopoliittisia pyrkimyksiä ja intressejä ja sopivat laaja-alaisiin elämänhallinnan sommitelmiin. Sommitelmat liittyvät erityisesti medikaaliseen teknologiaan ja sen kykyyn voimistaa ruumiin elintoimintoja ja jopa poistaa niiden rajoituksia, eli ts. kykyyn siirtää elämän asettamia rajoja kauemmas. (Mt., 108-110.) Toisaalta emme pääse eroon

kysymyksestä, joka koskee elämän itsensä arvoa. Jos itsensä parantelemisesta lääketieteellisin keinoin tulee normi ja moraalinen velvollisuus, niin minkä arvon annamme niille ihmisille, joilla ei ole esimerkiksi halua tai mahdollisuutta jatkuvasti työstää itseään? Rose mainitseekin kuinka elämästämme on tullut arvokiistojen kohde, koskien sitä mikä arvo annetaan erilaisille tavoille olla ihminen (Rose 2001, 96).

### 4.3 Lihava ruumis on sairas ja epänormaali

Asiantuntija- ja terveysvalistuspuheissa lihavuus näyttäytyy lähes poikkeuksetta terveyttä vaarantavana ongelmana, joka johtuu yleensä vääristä, epäterveellisistä elämäntavoista (ks. Gard & Wright 2005; Wright & Harwood 2009). Charlotte Cooperin (1998, 10) mukaan lihavuus rinnastetaan sairaudeksi, koska lihavan ihmisen ruumis on todiste, että hän on syönyt liikaa sosiaalsiin normeihin nähden. Optimin terveyden näkökulmasta ruumiin ajatellaan hyödyntävän kaiken energian, jonka se ottaa vastaan. Kun ruoasta saatu energia muuttuu kehossa rasvaksi, toivotaan sen olevan väliaikaista ja ”palavan” fyysisessä rasituksessa myöhemmin. Rasvan varastoituminen pidemmäksi aikaa kehoon kuvitellaan olevan merkki kehon toimimattomuudesta ja sairastuneisuudesta. (Mt.) Ruumiiden ajatellaan rinnastuvan mekaanisiksi koneiksi, jotka jättävät vähemmälle huomiolle muut elämäntapaan vaikuttavat tekijät, kuten kulttuuriset arvot, sosioekonomisen aseman, iän, sukupuolen, etnisen taustan tai maantieteellisen sijainnin (Gard & Wright 2005, 41).

Terveyskampanjoita dominoi käsitys, jossa ideaali ruumis on terve, sekä useimmiten hoikka ja sopusuhtainen (Beausoleil 2009, 104). Harjusen (2007, 205-227) mukaan, lääketieteellisessä mielessä lihava ruumis ei konstruoidu normaalina terveenä subjektina, vaan sairauden kaltaisena, rajoitettuna *välitilana*. Lihavan ruumiin välitila tarkoittaa sitä, että laihduttamista pidetään lihavan ihmisen luonnollisena tavoitteena. Lihavassa ruumiissa kuvitellaan asuvan hoikka, oikea *sisäinen* ruumis, jota *ulkoinen* väärä ruumis estää astumasta esiin. Sisäisen *oikean* subjektin esiintulo edellyttää lihavan *ulkoisen* ruumiin muokkaamista hoikaksi ja terveeksi normiruumiiksi. (Mt.) Lihavuuden ajatellaan siten rikkovan hyväksyttävän ruumiin normin; se paikantuu sekä käsitteellisesti että kokemuksellisesti terveyden ja sairauden, hyveellisyyden ja moraalittomuuden, normaalina ja epänormaalina pidetyn ruumiin ulkomuodon sekä hyväksyttävänä ja ei-hyväksyttävänä pidetyn feminiinisuuden väliin (Harjunen 2007, 210).



Lihavuus mielletään pikemminkin eräänlaiseksi *sairauden esiasteeksi* kuin sairaudeksi itsessään. Bruce Ross (2005, 95) kummasteleekin miksi juuri lihavuuden ajatellaan lähes automaattisesti johtavan sairastuvuuteen? Lihavathan voivat olla terveitä siinä missä laihatkin ja puolestaan laihat voivat yhtä lailla olla sairaita, kuten lihavat. Samantha Murray (2009, 78-80) tarkentaa logiikkaa väitteellä, että lihavan ruumiin estetiikan oletetaan kertovan ruumiin patologisuuden. Ruumiin kunto on luettavissa ruumiin pinnasta; näkyvän rasvan ruumiissa ajatellaan yhdistyvän subjekteihin, jotka eivät ole kyenneet noudattamaan tervettä ja eettistä elämäntapaa. Rasva kehossa on merkki moraalittomasta ja epäterveellisestä elämästä. (Mt.) Tässä kohtaa lihavuuden ja ylipainoisuuden käsitteet eivät ole yhdenmukaisia: ylipainoinen ruumis ei välttämättä *näytä* lihavalta, sillä ylipaino saattaa johtua esimerkiksi kehon suuresta lihasmassasta. Määrittyykö ylipainoinen henkilö tällöin sairaaksi ja epänormaaliksi, vaikka hän *näyttäisi* treenatulta?

Lihavuuden medikalisoinnissa on juuri kysymys siitä, kuinka normeilla, pakotteilla ja suosituksilla pyritään estämään epänormaali käytös ja vastaavasti ohjaamaan normaaliin käyttäytymiseen (vrt. Tuomainen ym. 1999). Pirttilä (1994, 76) on tarkastellut yhteiskunnallista *normaliteettiä*, analysoiden sitä kuinka asiantuntijakunnat, kuten oikeusviranomaiset, terveydenhuollon ammattilaiset ja sosiaalialan ammattilaiset määrittävät yhteiskunnallista normaaliutta eli vetävät rajaa normaalin ja epänormaalin inhimillisen toiminnan välille. Pirttilän mukaan terveyden ja sairauden kysymysten ammattimainen käsittely sallitaan vain lääketieteellisen koulutuksen saaneille ammattilaisille, joiden perustan muodostaa omassa piirissään erikoistunut lääkärikunta. Moderni lääketiede lähestyy normaaliutta tieteen oikeuttamasta hegemonisesta yksinvaltiaan asemastaan, jossa normaalius ymmärretään tilastollisena keskiarvona, funktionaalisena järjestelmän norminmukaisuutena ja toimivuutena sekä ideaalimallina. (Mt., 84-86.)

Pirttilän (1994, 86) mukaan tilastollisena keskiarvona ymmärretty normaali kytkettynä terveyden ja sairauden määrittämiseen merkitsee sitä, että tilastollinen keskiarvo on terveyttä (terveys on keskimääräisyyttä) ja tilastollinen poikkeavuus on sairautta (sairaus on poikkeavuutta). Täten sairaaksi tulevat määritellyiksi monet ruumiin ja psyyken toiminnot, jotka eivät välttämättä haittaa sairaaksi leimattua henkilöä ja hänen

lähiympäristöään. (Mt.) Lihavuutta määriteltäessä ei tukeuduta kuitenkaan tilastolliseen keskiarvoon, sillä jos näin tehtäisiin, suurin osa suomalaisesta aikuisväestöstä luokiteltaisiin normaaleihin, vaikka aikuisten keskipaino ylittäisi reilusti painoindeksin määrittämän normaalipainon. Biolääketieteellisissä lihavuuden määrittelyissä väestön keskipainoa pikemminkin verrataan sopimuksenvaraiseen painoindeksitaulukon normaaliin, jolloin kyetään luomaan yleistyksiä suomalaisen aikuisväestön lihavuudesta. Jos lihavuutta mitattaisiin koko väestön tilastollisena keskiarvona, niin väestön painon noustessa tilastollisen normaalipainon rajakin tulisi nousta, mutta lääketieteellisessä määrittelyssä se on merkinnyt vain poikkeavuuden kasvua.

Normaalius voidaan nähdä myös funktionaalisenä normaalin ideana, jolloin terveys merkitsee toiminnallisuutta ja norminmukaisuutta ja sairaus norminvastaisuutta ja toimimattomuutta. Normaali ilmiö tarkoittaa tällöin jossakin ilmiökentässä toimivaa ja kentän normien mukaista ilmiötä ja epänormaali ilmiö on yhtä kuin toimimaton ja normien vastainen ilmiö. (Pirttilä 1994, 86.) Lihavuus mielletään hyvin usein norminvastaiseksi tilaksi ja toimimattomuudeksi, johtuen lihavuuteen liittyvän, pinttyneen *stigman* voimakkuudesta. Lihavien ihmisten ajatellaan olevan moraalisesti rappeutuneita; heiltä puuttuu itsekontrolli, jonka vuoksi kehoa kohdellaan tavalla, joka vähentää kehon toimintamahdollisuuksia kulttuurissa. Toiminnallaan he toisin sanoen rajoittavat itseään. (ks. esim. Bordo 2003; Harjunen 2007.) Toisaalta ruumiin huoltamisen korostuminen ajassamme tekee kehon norminmukaisuudesta yhä tiukemmin määritellyn. Tietty *normaali* ruumiin toimintakyky ei enää riitä, vaan ruumiilta vaaditaan enemmän. Tällöin normaalipainoisetkin ihmiset alkavat tuntea itsensä ylipainoisiksi tai liian lihaviksi (Harjunen 2007, 207).

Kolmantena Pirttilä (1994, 87) yhdistää normaaliuden ideaalimalliin, jolloin ilmiötä verrataan normatiivisella tavalla tavoitemalliin. Normaalin esittämistapa on ilmentynyt positiivisena terveystieteidenä, jonka mukaan terveyttä ei ole sairauksien puuttuminen, vaan onni, hyvä elämäntapa, sopeutumiskyky, vitalisuus ja muut positiiviset arvot. Normaaleina pidetään ideaalia läheneviä, poikkeavina päinvastoin ideaalista loittonevia ilmiötä. (Mt.) Tämä terveystieteidenä on itseään ruokkiva, koska normaali tai hyvä terveys eivät ole pysyviä käsitteitä, vaan jatkuvassa liikkeessä olevia. Terveystieteidenä ideaalimallissa ei ole olemassa mitään absoluuttista terveyttä, vaan ajatuksena on omaksua idea jatkuvasta pyrkimyksestä kohti terveellisempiä elämäntapoja. Ihmisten hyväksyttävyyden perustuu

ensisijaisemmin terveystieteisiin asenteisiin sekä yksilön terveyttä edistäviin keinoihin, kuin lopulliseen päämäärään (vrt. Rosen *vitaalinen eetospolitiikka*). Esimerkiksi aikaisemmin terveystieteissä käytetty sana *laihduttaminen* on pääasiassa korvattu termillä *painonhallinta*, jolla pyritään sisällyttämään idea positiivisemmasta asenteesta pysyvää elämäntapamuutosta kohtaan. Painonhallinnan ajatellaan toimivan ikään kuin huomaamattomasti pienten muutosten kautta, laihduttamiseen liittyvän askeesin ja nautinnoista luopumisen sijaan.

On siis todettava, ettei terveyden olemuksesta tai normaliteetistä ole kulttuurista tai historiallista konsensusta (ks. Tuomainen ym. 1999, 35-36). Sairausstatuksen saamiseen vaikuttavat tekninen tieto, sosiaaliset arvot, biologisten ehtojen luonne sekä institutionaaliset prosessit (Jutel 2009, 61). Kuitenkin edelleen on hyvin yleistä, että biolääketieteellinen ruumiin normaaliuden ja terveyden määrittäminen tapahtuu, ainakin osittain, painoindeksin avulla. Tällöin biolääketieteellisessä mielessä normaalin (eli terveen) ja sairaalloisen rajat nähdään ainakin periaatteessa yksiselitteisiksi ja objektiivisesti määrättäviksi (vrt. Tuomainen ym. 1999, 35).

Kyrölän (2007, 60-61) mukaan painoindeksin käyttö ruumiin terveyden ja normaaliuden tai sairauden ja lihavuuden määrittelyssä havainnollistaa lukujen tai kaavioiden *fetissointia*, eli lukujen irrottamista viitekehyksestään ja historiastaan. Esimerkiksi lihavuutta määriteltäessä ruumiin paino irrotetaan ruumiin muista materiaalisista ehdoista ja ominaisuuksista, kuten ruumiin rakenteesta, aiemmasta paino- ja syömishistoriasta, voimasta ja liikunta- tai toimintakyvystä (emt.). Painoindeksiä käyttämällä lääkärikunnan on helppo työ kontrolloida lihavuutta, koska painoindeksillä mitattuna normaalipaino määrittyy tieteellisen tarkasti. Lukuihin ja taulukoihin viittaamalla ei pelkästään kontrolloida lihavuutta, vaan määritellään myös sairausriskien mahdollisuutta, jotka yleensä esitetään kasvavan lineaarisesti suhteessa painoon.

Lea Polso (1994, 64-65) muistuttaa, kuinka jokaista ruumista tulisi lähestyä yksilön erityislaatuisuutta kunnioittavalla tavalla, eikä automaattisesti mahdollisena tarpeena laihduttaa. Sen sijaan, että yritetään saavuttaa jokin moraalinen kelpoisuus ulkoapäin asetettuja normeja noudattamalla, tulisi keskittyä yksilön toimintakompetenssin lisäämiseen ja subjektin mahdollisuuksiin ratkaista ylipainon hänelle asettama haaste – omalla persoonallisella tavallaan. Interventioissa tulisi painon jatkuvan mittaamisen ja

puhuttamisen sijasta tavoitella itsetuntemusta ja kykyä oppia kokemuksista, sekä pyrkiä avoimeen ”neuvottelusuhteeseen” kaikkien omassa tilanteessa vaikuttavien tekijöiden kanssa. (Mt.) Polsoa lainaten, tällaiset interventiot johtaisivat moni-ilmeisesti hyvinvoinnin lisääntymiseen sekä yksilöllisten ongelmavyhtien selkiintymiseen (mt.). Olen pääosin Polson kanssa samaa mieltä, vaikkakin Polson viittaus lihavuuden haasteen ratkaisemisesta *subjektin omalla persoonallisella tavalla*, on hieman tarkennusta vaativa. Onko lihavuus Polsolle universaali *ongelma*, joka kuitenkin loppujen lopuksi koetaan täysin subjektiivisena haasteena?

Kun yhteiskunnassamme puhutaan ruumis- ja painonormeista, niin varsin usein ja automaattisesti normipainon ajatellaan myös representoivan terveyttä. Natalia Beausoleil'n (2009, 93) mukaan vallitsevat diskurssit ”terveellisestä ruumiista” edesauttavat syömishäiriöiden kehittymisessä ja luovat tuhoisia käyttäytymismalleja sekä pakonomaisia pelkoja omaa ruumistaan kohtaan. Ei ole kovinkaan tavatonta, että kaikkialle läpitunkeva, elämäntilan rajoja supistava ja normittava paino/terveysdiskurssi synnyttää ahdistusta, joka yhdessä sosiaalisen leimautumisen ja syrjäytymisen pelon, sekä oman riittämättömyyden tunteen kanssa kanavoituvat yksilön tajuntaan, muodostaen vaikeasti hallittavan, jatkuvan paineenkaltaisen kokemuksen. Kyvyttömyys vastata paino- ja terveysidealeihin voidaan kokea henkilökohtaisena epäonnistumisena, joka pahimmillaan saattaa johtaa masennukseen, sosiaalisten suhteiden näivettymiseen, sekä myös työkyvyttömyyteen. Siksi terveysdiskursseissa olisi myös korostettava, ettei lihava tai ylipainoinen ruumis ole itsestäänselvä sairauden symboli.

## 5 Tutkimuksen toteutus ja metodiset ratkaisut

### 5.1 Tutkimusasetelman rakentuminen

Empiiristä analyysiäni varten kartoitin Suomen Lääkärilehden vuosikertoja vuodesta 1995 vuoteen 2008 saakka, kartoituksessa huomioni kiinnittyi erityisesti lihavuutta ja ylipainoa käsitteleviin artikkeleihin. Esittelen aineistoani, sen valitsemista ja rajaamista myöhemmin tarkemmin. Tässä kohtaa perustelen aineistovalintaani lyhyesti sen relevanttiudella tutkimusongelmaan nähden, sekä lehden merkittävyydellä suhteessa asiantuntijuuteen: lehden tarkoitus on toimia Suomen Lääkäriliiton asiantuntijuutta edustavana julkaisuna, joka ei pyri viihteelliseen kirjoitustyyliin, vaan asiantuntevaan ilmaisuun sekä uusimman lääketieteellisen tiedon levittämiseen. Myös käytännön syyt vaikuttivat aineiston valintaan: lehti oli helposti saatavilla niin elektronisena kuin paperisena versiona.

Tutkimusasetelman idea kehittyi empiiristen havaintojeni ja teoriakirjallisuuden yhteisvaikutuksesta. Länsimaisessa kulttuurissa yksilön ja yhteisön ruumiillisissa toiminnoissa korostetaan yhä enemmän terveydellisiä näkökohtia. Terveystä ja terveellisesti elämisestä on tullut monelle ensisijainen hyvinvoinnin määritelmä ja tavoite. (ks. Crawford 1980; 2006.) Niin omaa kuin myös muiden ihmisten käyttäytymistä tarkastellaan yhä useammin terveyden (esim. uni, liikuntatottumukset, ravinto, stressi) näkökulmasta, ja vieläpä niin, että käyttäytymistä arvioidaan jonkin asiantuntijatahon suosittelman moraalisen kannan perusteella. Terveyskäyttäytymisen yhtenä taustavoimana voidaan nähdä *medikaalisen biovallan* vaikutus, jolla tarkoitan biolääketieteen ”terveyden nimissä” tapahtuvaa vaikuttamista ihmisen ruumiilliseen toimintaan, liittäen siihen elämäntapaa ohjeistavia sääntöjä liikunnasta ruokavalioon. Vaikka medikaalinen teknologia tekee mahdolliseksi pidemmän elämän (Helén 2002), niin se myös normittaa ihmisruumiin liikkumatilaa, patistamalla tekemään tiettyjä asioita ja käyttäytymään tietyllä tavalla, toisten tapojen ollessa lähes kiellettyjä tai moraalisesti epäsuosiollisia. Erityisesti väestön painonnousun myötä, terveysasiantuntijat – professiositionsa legitimoimana – ovat nähneet oikeudekseen ja velvollisuudekseen puuttua ihmisten elämäntapoihin ennaltaehkäisyyn vedoten. Terveysasiantuntijoiden valistus kohdistuu viime kädessä yksilöiden ja koko kansakunnan ruumiisiin, erityisesti painoon, jonka ajatellaan olevan

keskeinen hyvinvoinnin elementti.

Havaintoni fokusoitui myös siihen, kuinka negatiivisesti lihavuus konstruoituu mediassa ja arkikeskusteluissa; ikään kuin hyvinvointi tai terveellinen elämä ei olisi mahdollista lihavana. Erityinen huomioni tarkentui lääkärikunnan tapaan määritellä lihavuus lähes suurimmaksi terveyttä vaarantavaksi ongelmaksi, joka vaatii mittavia ruumiiseen ja yksityiseen elämään ulottuvia kontrollitoimia. Yhteiskunnallisesti huomionarvoista kehityskulussa on se, että terveysalan ammattilaisten ajatellaan omaavan vakuuttavin ja oikein tieteellinen tieto ihmisorganismien toiminnasta, joten heidän puhetavoilla on erittäin paljon painoarvoa, kun luodaan käsityksiä ruumiista ja hyväksyttävistä elämäntavoista.

Aineiston ja teorian pohjalta tutkimustehtäväkseni muodostui tarkastella *lihavuuden biopoliittista hallintaa medikalisoituneessa yhteiskunnassa*. Tarkennettuna, halusin selvittää miten Suomen Lääkärilehdessä terveysalan asiantuntijat puhuvat lihavuudesta, eli ts. millaisia sosiaalisen todellisuuden jäsenystapoja ”lihavuuspuheella” tullaan tuottaneeksi, sekä miten tällä puheella vaikutetaan ihmisten elämäntähtämiin. Empiiriset tutkimuskysymykset kiteytyivät seuraavasti:

*a) millaisia vallitsevia puhetapoja eli hegemonisia diskursseja terveysalan asiantuntijat Suomen Lääkärilehdessä tuottavat puhuessaan lihavuudesta ja millaisena sosiaalinen todellisuus näissä diskursseissa näyttäytyy?*

*b) miten Suomen Lääkärilehdessä esiintyvät hegemoniset diskurssit pyrkivät kontrolloimaan ihmisten elämäntähtämiä?*

Luen siis aineistoa näkökulmasta, jossa olen kiinnostunut siitä, kuinka lihavuuspuheessa sosiaalinen todellisuus representoituu ja miten tämä representoituminen vaikuttaa ihmisten arkielämää koskeviin valintoihin. Kiinnostukseni kohteena on nimenomaan puhe, tarkemmin teksti ja se kuinka todellisuus rakentuu puhetavoissa ja kielessä. Näkökulman valinnallani haluan eritoten pohtia miten medikaalinen biovalta realisoituu lihavuuspuheessa.

## 5.2 Tietoteoreettinen jalusta ja diskurssianalyysistä yleisesti

Kielenkäyttöä voi analysoida joko todellisuuden kuvana tai todellisuuden rakentamisena (Jokinen ym. 1993, 9). Lähtökohtani tässä tutkimuksessa perustuu sosiaalisen konstruktionismin perinteeseen kielellisesti rakentuneesta todellisuudesta, jossa tieto on aina tulkittua ja merkitysvälitteistä. Todellisuus on sosiaalisesti konstruoinut, eli se on rakentunut merkitystulkintoista ja tulkintasäännöistä, joiden nojalla ihmiset orientoituvat arkielämässään. Maailma ei esittäydy meille sellaisenaan, vaan aina sen suhteen kautta, mikä meillä on tähän maailmaan. Kovimmatkin todellisuuden realiteetit ovat olemassa meille merkitysvälitteisesti, eivät sellaisenaan ihmisten tulkintoista ja ymmärryksestä riippumatta. (Alasuutari 1994, 51.) Todellisuus ei myöskään välity pelkästään symbolisesti, vaan sitä ylläpidetään, jopa tuotetaan diskursseissa eli puhetoissa (Sulkunen 1997, 14). Tämänkin tutkimuksen tuottama tieto täytyy ymmärtää tutkijan tulkintana ilmiöstä, mutta kuitenkin systemaattisena ja perusteltua – sosiaalisen todellisuuden rakentamisena.

Sosiaalinen konstruktionismi on teoreettis-metodologinen viitekehys, ei metodinen lähestymistapa aineistoon, kuten esimerkiksi diskurssianalyysi, keskusteluanalyysi tai etnografia. Edellä mainitut orientaatiot jakavat yhteisiä lähtökohtaoletuksia siinä määrin, että diskurssianalyysiin tutkimuksiin on voitu ”lainata” ja soveltaa analyttisiä ideoita muista sukulaistraditioista (Jokinen 1999, 38). Koska haluan tutkia tekstiä ja sitä kuinka merkityksiä tuotetaan, koin parhaimmaksi aineiston analyysimenetelmäksi diskurssianalyysin, jonka suhde sosiaaliseen konstruktionismiin on hyvin läheinen. Diskurssianalyysi on sosiaalisen konstruktionismin mukaisesti kiinnostunut kuinka sosiaalinen todellisuus rakentuu kielenkäytössä ja muussa toiminnassa, eli ne jakavat kiinnostuksen tekstin ja/tai puheen tutkimiseen (Mt., 38). Tulkintakehyksenä sosiaalinen konstruktionismi näkyy niin tutkimuskohteen valinnassa, tutkimuskysymysten muotoilussa, analyttisten työkalujen kehittämisessä kuin myös tutkijan ja tutkimuskohteen välisen suhteen ymmärtämisessä. Sosiaalisen konstruktionismin perinteeseen pohjautuvan diskurssianalyttisen tutkimuksen tehtävä ei ole objektiivisten faktojen, universaalien lainalaisuuksien tai syy-seuraus -suhteiden jäljittäminen, vaan ne kielelliset prosessit ja niiden tuotokset joissa tai joiden kautta sosiaalinen todellisuutemme ja kanssakäymisemme rakentuvat. (Mt., 40-41.)

Juhilan (1999) mukaan konstruktionistisella otteella operoiva tutkija joutuu aineistonsa puitteissa ottamaan kantaa siihen, ymmärtääkö hän todellisuuden diskursseihin palautuvaksi vai onko olemassa diskurssien ulkopuolisia maailmoja. Realistiseksi kutsutussa konstruktionistisessa suuntauksessa tutkimuskohdetta ei palauteta kokonaisuudessaan kieleen, vaikka se onkin ensisijainen tutkimuskohde. Tekstin ja puheen ulkopuolella ajatellaan olevan ei-diskursiivisia maailmoja, jotka voivat olla instituutioiden ja tai mielen ja ruumiin maailmoja. (Mt., 162-163.) Nuo mielen ja ruumiillisuuden maailmat voidaan saavuttaa ylittämällä tekstin rajat suhteuttamalla aineistossa konstruoivat merkitykset laajempiin yhteiskunnallisiin rakenteisiin. Analyysin tehtävänä on selvittää, miten noita maailmoja rakennetaan diskursiivisesti kielellisissä käytännöissä sekä pohtia ei-diskursiivisten maailmojen ja diskursiivisten käytäntöjen välistä vastaavuutta. Episteeminen eli relativistisestikin kutsuttu konstruktionismi puolestaan kieltäytyy ottamasta kantaa siihen, onko kielen ulkopuolella olemassa todellisuutta vai ei. Diskurssianalyttinen tutkimus palautuu aina väistämättä kieleen ja on tavallaan sen ”vanki”. (Mt.)

Relativistisessa diskurssianalyysissä puhetta tai tekstiä ei lueta ”tiedossa olevien” vallan, instituutioiden tai alistavien totuuksien läpi, vaan kiinnostus kohdistuu siihen, mitä ihmiset puheillaan tekevät (Juhila 1999, 166). Itse kallistun tutkimuksessani realistisen konstruktionismin perinteeseen, koska käsitän asiantuntijapuheen itsessään sisältävän painokasta, institutionaalista voimaa. Asiantuntijuus on toki yhteiskunnallinen rakennelma, mutta samalla erityisen jäykkä, tieto-valta positio (vrt. Foucault). Diskurssit tukevat jotakin yhteiskunnan instituutiota (tässä tapauksessa lääketieteen medikaalista valtaa) ja pitävät yllä valtasuhteita. Diskurssit myös realisoituvat teksteissä, ja diskurssianalyysin tehtävä on analysoida, mikä on niiden materiaallinen perusta sekä millä tavoin tämä realisoituminen tapahtuu. Tällöin kysytään, mitä instituutioita diskurssit vahvistavat, mitä vaientavat, ketkä diskursseista hyötyvät ja ketkä niitä ajavat (Juhila 1999, 165. alkup. Parker 1992, 17-20.)

Diskurssianalyysi ei ole tiukkaraaminen, valmiita metodisia välineitä aineiston analyysin tarjoava työkalupakki. Pikemminkin sitä voisi kutsua väljäksi kielenkäytön ja muun merkitysvälitteisen toiminnan tutkimukseksi, jossa analysoidaan yksityiskohtaisesti sitä, miten sosiaalista todellisuutta tuotetaan erilaisissa sosiaalisissa käytännöissä. (Jokinen ym. 1993, 9-10.) Jokisen ym. (1993, 17-18) mukaan tämä ”teoreettinen viitekehys” rakentuu



seuraavanlaisista teoreettisista lähtökohtaoletuksista: a) oletus kielenkäytön sosiaalista todellisuutta rakentavasta luonteesta b) oletus rinnakkaisten ja keskenään kilpailevien merkityssysteemien olemassaolosta c) oletus merkityksellisen toiminnan kontekstisidonnaisuudesta d) oletus toimijoiden kiinnittymisestä merkityssysteemeihin d) oletus kielenkäytön seurauksia tuottavasta luonteesta.

Eero Suonisen (1999, 18) mukaan diskurssianalyysissä kiinnostus ei myöskään kohdistu ilmiöiden kausaalisuuksiin tai siihen miksi jokin tapahtuu, vaan tutkimus kohdistuu pohtimaan, miten toimijat tekevät asioita ymmärrettäväksi kielenkäytöllään. Tarkastelun keskiöön nostetaan se, millaiset kuvaukset ja selitykset ovat erilaisissa tilanteissa ja keskustelun kohdissa ymmärrettäviä ja millaisia asiantiloja ja muita seurauksia noilla selityksillä kulloinkin rakennetaan. Käytännön tutkimuksenteon kannalta tämä merkitsee, että teoille ja ilmiöille ei nimetä syitä, vaan ne tavat, joilla toimijat kuvaavat ilmiöitä ja nimeävät niille syitä otetaan tutkimuskohteeksi sellaisenaan. (Mt.) Voidaan siis ajatella, että erityyppisiä ilmiötä käsitellään erilaisten merkitysten kautta, jotka muodostavat – suhteessa ja erotuksessa toisiinsa – isompia merkityssysteemien ryppäitä (vrt. Jokinen ym. 1993, 18-28). Esimerkiksi lihavuus ihmisen kehoa koskevana käsitteenä rakentaa merkityksen suhteessa sanaan laihuus. Todellisuutta rakennettaessa ja selittäessä käytämme siten jatkuvasti luokitteluja, erotteluja ja dikotomioita.

Merkityssysteemit sisältävät ajatuksen ei-heijastuvuudesta, jonka mukaan kieltä tai kielenkäyttöä ei oleteta todellisuuden kuvaksi. Ei-heijastavuuden idea pyrkii luomaan yksinkertaistavien kuvausten tilalle näitä selitysvoimaisempia kuvauksia siitä, miten sosiaalinen todellisuus on rakentunut ja miten sitä jatkuvasti rakennetaan. (Jokinen ym. 1993, 20-21) Omassa aineiston analyysissäni olen kiinnostunut sekä mitä, että miten -kysymyksistä. En pelkästään vain esitä kuvauksia ja diskursseja millaiseksi maailma lihavuuspuheessa konstruoituu, vaan pyrin tarkastelemaan miten ja millaisten representaatioihin kiinnittyneiden merkityssysteemien kautta diskursseja uusinnetaan. Merkityssysteemit rakentuvat siis osana erilaisia sosiaalisia käytäntöjä, jonka vuoksi on muistettava, ettei kyseessä ole tekstien ominaisuuksien mekaaninen kirjaaminen vaan perusteltu tulkinta, joka pohjautuu tutkijan ja aineiston väliseen vuoropuheluun (mt., 28).

Sulkusen (1997, 16) mukaan diskurssianalyttistä tutkimusta on kritisoitu, koska se keskittyy tutkimaan puhetapoja ja merkitysrakenteita, laiminlyöden ihmisten todelliset

kokemukset – todellisuus on sitä, mitä todellisuutena pidetään. Yhteiskunnallisille ilmiöille ja ihmisten kokemuksille muodostuvia merkityksiä ei voi kuitenkaan pitää etukäteen tiedettyinä ja aina samoina. Ne tuotetaan tilanteisesti ja niitä myös tulkitaan tilanteisesti. (Mt.) Vaikka tässä tutkimuksessa olenkin kiinnostunut merkityksistä, en kiellä ruumiin biologista perustaa. Painotuksellani haluan kuitenkin korostaa, että kontekstista riippuen, ruumiin fysiologinen perusta voidaan representoida eri tavoin. Tällä merkityksellistämällä on vaikutusta siihen, millaiseksi sosiaalisen todellisuuden koemme.

Tutkimukseni sitoutuu pääosin edellä mainittuihin, yleisiin lähtöoletuksiin, mutta kuten Jokinen ym. (1999) toteavat: diskurssianalyttisen tutkimuksen kenttä ei ole yksi ja yhtenäinen, vaan se mahdollistaa hyvinkin erilaiset tutkimukselliset orientaatiot. Tutkijan on siis muodostettava perusteltu sovellutus metodista, jota aikoo hyödyntää omaan tutkimustehtäväänsä. Tämän tutkimuksen metodinen ratkaisu painottuu tekstin kriittiseen luentaan ja valtasuhteiden analysointiin, jonka perusteella rohkenen asettaa tutkimukseni osaksi kriittisen diskurssianalyysin perinnettä. Tutkimusmetodini ja tutkimuksellinen otteeni voidaan liittää myös laadulliseen tapaan tehdä aineiston analyysiä, jossa Alasuutarin (1994, 95) mukaan keskitytään kulttuurisiin jäsenyyksiin eli siihen miten henkilö tai analysoitava teksti kertoo tarinaansa, olipa se sitten totta, rehellistä puhetta tai keksittyä tarinaa. Lähtökohtaisesti en miellä terveysasiantuntijoiden puhetta annettuna totuutena, vaikka se sellaiseksi kulttuurisessa merkityksenannossa usein käsitetään.

### **5.3 Diskurssianalyysin kriittinen versio tutkimuksessa**

Diskurssianalyysistä on olemassa lukuisia erilaisia versioita eri käyttötarkoituksen ja soveltuvuuksien mukaan. Eskolan ja Suorannan (1998, 203) mukaan diskurssianalyysi voi olla myös ideologiakriittinen menetelmä, sillä sen avulla voidaan yrittää paljastaa niitä yhteiskunnallisia suhteita, joissa koko ajan joudumme toimimaan ja kamppailemaan – kuten tässä tutkimuksessa kamppailu ruumiimme ja elämämme päätösvallasta. Tekstien tutkimus ei pelkisty ”vain tekstien tutkimukseksi”, sillä tekstit pitävät sisällään ja ilmentävät monenlaisia yhteiskunnallisia intressiristiriitoja ja valtasuhteita. Tekstit vaikuttavat elämäämme diskursiivisten käytäntöjen kautta. (Mt.)

Yhteiskuntatieteissä diskurssianalyysiin – ja erityisesti sen kriittiseen versioon – on

voimakkaasti vaikuttanut Michel Foucault'n työ, jota ei diskurssianalyttisen tutkimuksen tekijä voi sivuuttaa. Teoksessaan ”Tiedon arkeologia” (2005) Foucault esittää diskurssiteorian, jonka mukaan diskurssit muodostuvat useista lausumista, jotka yhdessä muodostavat ”diskursiivisen muodostuman” (Hall 1999, 98). Itse diskurssin käsite liittyy foucaultlaiseen traditioon, jossa korostuu diskurssien historiallisuus, institutionalisoituminen sekä tiedon ja vallan yhteenkietoutuminen: diskurssit muodostavat varsin vakiintuneita kokonaisuuksia, jotka ovat kietoutuneet ihmistieteisiin, koulutukseen ja lakiin (ks. Fairclough 1997, 31; Jokinen & Juhila 1999, 71). Stuart Hall (1999, 105) jatkaa Foucault'a mukailleen, että diskurssit ovat puhetapoja, ajattelutapoja, tapoja representoida jokin kohde tai aihe. Ne tuottavat merkityksellistä tietoa kohteestaan, joka vaikuttaa käytäntöihin ja sillä on näin todellisia seurauksia ja vaikutuksia. Diskurssit toimivat siten suhteessa valtaan ja järjestävät sitä. Foucault'n ”Tiedon arkeologiassa” (2005) hahmottelema diskurssiteoria muuntautuu haastavasti suoraan metodiseksi käsitteeksi empiiriseen tutkimukseen, mutta Foucault'n ajatukset diskurssien institutionalisoitumisesta, vallasta ja vaikuttavuudesta ovat siltikin tutkimukseni kannalta keskeisiä.

Tutkielmassani käyttämä analyysisovellus painottuu pääosin Norman Fairclough'n (1992; 1997) kriittisen diskurssianalyysin traditioon sekä Arja Jokisen ja Kirsi Juhilan (1993; 1999) ajatuksiin valtasuhteisiin painottuneesta diskurssianalyysistä. He ammentavat oppinsa Foucault- vaikutteisesta kriittisestä tutkimuksesta, jossa vallan ja diskurssien keskinäisiä suhteita tarkastellaan produktiivisena<sup>17</sup> sekä sosiaalisiin käytäntöihin kietoutuneena ilmiönä. Kiinnostus kohdistuu erityisesti siihen, miten valtasuhteet tuotetaan sosiaalisissa käytännöissä; miten jotkut tiedot saavat totuuden aseman sekä millaisia subjektipositioita niissä tuotetaan toimijoille (Fairclough 1992, 12, 36). Metodisella valinnallani pyrin tekemään oikeutta tutkimustehtävälleni, perustellen metodivalintaa tutkimusasetelman luonteella, sekä sen käytännöllisyydellä. Fairclough sekä Jokinen ja Juhila tarjoavat konkreettisempia tapoja tehdä empiiristä analyysiä kuin Foucault, mutta kuitenkin tavalla, jossa Foucault'n ajatukset diskurssien yhteiskunnallisesta vaikuttavuudesta ja vallasta ovat oleellisesti läsnä.

Fairclough'n (1992) mielestä Foucault-orientoituneet yhteiskuntatieteilijät kiinnittävät liian vähän huomiota tekstin kielellisiin hahmoihin. Kriittiseen, yhteiskunnalliseen

---

<sup>17</sup> ks. lisää esim. luku 3.1 tai Foucault 1980, 34-35.

diskurssianalyysiin on perusteltua yhdistää kielitieteissä vallitseva käsitys diskurssista, joka tarkoittaa sosiaalista toimintaa ja vuorovaikutusta sekä ihmisten kanssakäymistä todellisissa sosiaalisissa tilanteissa (Fairclough 1997, 31). Fairclough'n (1992, 62) kriittisen diskurssianalyttisen mallin tavoite onkin yhdistää kielellisesti orientoitunut diskurssianalyysi sekä sosiaalinen ja poliittinen ajattelu relevantisti diskurssiin ja kieleen, muodostamalla näin kehys, jota voi hyödyntää yhteiskuntatieteellisessä tutkimuksessa. Tekstuaalisen tason yhdistäminen yhteiskunnalliseen kontekstiin on tutkimuksessani tärkeää, jotta voin tarkastella tarkemmin myös diskurssien sanastoa kahlitsematta tekstin mahdollista heterogeenisyyttä yhteiskunnallisen tason puristukseen. Tämän vuoksi Fairclough'n kehys sopii analyysiini, jonka painotus on kielellisissä, valtasuhteita jäsentävässä tavassa representoida maailmaa.

Fairclough'n (1992, 63-64; 1997, 76) mukaan diskurssi tarkoittaa puhuttua ja kirjoitettua kieltä, eli laajemmin kielenkäyttöä. Jokainen diskurssi on sosiaalinen ja yhteiskunnallinen käytäntö, erityisesti toimintaa tarkoittava muoto, joka on dialektisessa vuorovaikutuksessa muiden yhteiskunnallisten alueiden kanssa. Dialektisuus tarkoittaa Fairclough'ille sekä diskurssien muovautumista yhteiskunnallisesti, että diskurssien yhteiskunnallista vaikuttavuutta. Tämän vuoksi sosiaalitutkimuksen on aina otettava huomioon kieli, palauttamatta sosiaalista elämää kuitenkaan pelkästään diskursseihin. (Mt.) Diskurssi ei ole siis pelkästään maailman representointia, se on toimintaa, maailman merkityksellistämistä ja merkitysten rakentamista. Kriittinen diskurssianalyysi tarkastelee näitä kahta kielenkäytön aspektia: kieltä yhteiskunnallisena tuotoksena sekä kieltä yhteiskunnallisena vaikuttajana, mutta erityisesti näiden aspektien välistä jännitettä. (Mt.)

Jokisen ja Juhilan (1999, 86-87) mukaan kriittisen diskurssianalyysin lähtökohtana on yleensä oletus joidenkin alistussuhteiden olemassaolosta ja tutkimuksen tehtäväksi asettuu niiden käytäntöjen tarkastelu, jolla näitä suhteita ylläpidetään ja oikeutetaan. Kriittisen ja analyttisen orientaation perusero löytyy ennen kaikkea tutkimuksen lähtötavoitteista, joilla on omat sitoumukset analyysin tekemiselle. Kriittinen tutkimus pyrkii tuottamaan poleemisen puheenvuoron suhteessa vallitsevaan sosiaaliseen järjestykseen, kun taas analyttisen tutkimuksen tarkoitus on ensisijaisesti sosiaalisen todellisuuden yksityiskohtainen erittely. (Mt.) Kriittisessä orientaatiossa kulttuuri ymmärretään aineistoa kehystävänä laajempaan, valta- ja alistussuhteiden läpäisemänä kontekstina, kun taas analyttisessä orientaatiossa kulttuuri pyritään sulkeistamaan tai se ymmärretään

analyttiseksi käsitteeksi (mt.).

Tutkimusasetelma ja tutkimuskysymyksen muotoilu vaikuttaa siihen, painottuuko tutkimuksessa ensisijaisesti kielenkäytön moninaisuus- vai vakiintumisaspekti (Jokinen & Juhila 1993, 77). Itse olen kiinnostunut nimenomaan tässä tutkimuksessa kulttuurisista itsestäänselvyyksistä, tavoista joilla tuo tietynlainen, oikeana pidetty kuva kulttuurisesti jäsenneydestä todellisuudesta muodostetaan ja kuinka sitä uusinnetaan. Minun on huomioitava positio, josta tutkimusaineistoni puhuu: tekstin tuottajina ovat lääkärit, tutkittavan ilmiön eli lihavuuden asiantuntijat, jolloin oletan heillä olevan myös institutionaalista valtaa yhteiskunnassamme. Tämän vuoksi olen lähtenyt etsimään aineistosta toistuvia, hegemonisen aseman saavuttaneita diskursseja. Olen kuitenkin varovainen tulkinnoissani: vaikka luen aineistoani tietyn esioletuksen virittämänä, pyrin silti antamaan aineiston heterogeenisyydelle mahdollisuuden.

Tutkimuksessani kriittisyys tarkoittaa asiantuntijapuheen kyseenalaistavaa lukutapaa, joka pyrkii avaamaan lukijalle itsestäänselvyksinä pidetyt tavat konstruoida lihavuutta. Pyrin myös tekemään näkyviksi ne kontrollin muodot, joilla elämäkäytäntöihin vaikutetaan. Esimerkiksi terveyteen vetoaminen vaikuttaa arvovapaalta, mutta on arvovapaata vain sillä edellytyksellä, että päämäärä – terveys ja pitkä elinikä otetaan annettuina (Alasuutari 1992, 114). Kriittisyydellä tarkoitan myös sitä, ettei terveyden ja sairauden ilmiöt (lihavuus) tai instituutiot ole ”luonnollisia” sinänsä, vaan ne ovat rakentuneet yhteiskunnallisissa käytännöissä ja suhteissa, joita tieto, kieli ja valta muokkaavat (Honkasalo 2000, 56). Esimerkiksi potilaan ja lääkärin välisessä konsultaatiossa erilaisia oletuksia oikeutuksista, suhteista, tiedoista ja identiteeteistä pidetään itsestäänselvyksinä. Olettamukset eivät ole täysin ideologia-vapaita, koska lääkäri on ainoa oikeutettu sairautta koskevan tiedon lähde. Tällaiset käytännöt sekä niihin liittyvät yleiset ”tervejärkiset” oletukset muotoutuvat sen mukaan, millaiset valtasuhteet tiettyjen ryhmien välillä kulloinkin vallitsee. (vrt. Fairclough 1997, 75.)

## 5.4 Katsaus aineistoon ja analyysin eteneminen

### Tutkimusaineiston rajaaminen

Tässä tutkimuksessa käytän tutkimusaineistona Suomen Lääkärilehdessä vuosien 1995-2008 aikana julkaistuja artikkeleita, joissa käsitellään lihavuutta ja/tai ylipainoa. Teoriaosuutta kirjoittaessani mietin kuumeisesti tutkimusongelmaani ”istuvaa” empiiristä aineistoa. Vaihtoehtoiksi muodostuivat valmiit, internetissä olevat asiantuntijahaastattelut, itse koostetut haastattelut lääkäreille tai sitten valmiiden lehtiartikkeleiden kerääminen. Päädyin kuitenkin valmiisiin lehtiartikkeleihin, koska halusin häivyttää oman positioni aineiston muodostumisessa ja tarkastella aineistoa objektiivisesti. Olin jo entuudestaan tutustunut Suomen Lääkärilehden lihavuudesta kirjoittamiin artikkeleihin, joita ensimmäinen sähköinen haku tuotti 935 kappaletta. Tässä vaiheessa en vielä rohjennut tehdä päätöstä aineiston suhteen, vaan tyydyin ainoastaan ”silmäilemään” artikkeleita.

Lopulta – tutkimusongelmani terävöidyttyä – valitsin tutkimuskohteekseni Suomen Lääkärilehden, koska se toimii Suomen Lääkäriliiton julkisena asiantuntijaforumina. Tulkitsen lehden edustavan sitä yleistä, ”oikeaa” terveydenhoitopolitiikkaa, jota voidaan Suomen Lääkäriliiton nimen alla esittää. Katson, että lehden terveydenhoitopoliittisella retoriikalla on merkitystä myös käytännön politiikassa, eli silloin kun linjataan sosiaalista/yhteiskunnallista sekä yksilön toimintaa koskevia ohjeistuksia. Tämän vuoksi pidän tärkeänä tutkia, millaista sanomaa lehdessä halutaan välittää. Tarkastelin aluksi koko saatavilla olevaa, lihavuutta käsittelevää elektronista tietokantaa, vuosien 1992-2008 väliseltä ajalta. Näin varmistuin, ettei tutkimustehtäväni kannalta jäänyt mitään olennaista huomioimatta. Rajasin vuodet 1992-1994 pois lopullisesta analyysistäni, koska halusin tarkastella tuoreempaa kirjoittelua. Perustelen päätöstäni myös aikataloudellisena kysymyksenä, sillä artikkeleiden lukematon määrä olisi tuottanut suhteettoman suuren työmäärän tutkimustehtävään nähden. Myös vuodet 1996 ja 1998 jäivät lopullisen analyysini ulkopuolelle, koska lihavuuskirjoittelu ei noina vuosina tarjonnut relevanttia dataa tutkimustehtävääni silmällä pitäen – tai ts. kirjoittelu oli tuolloin lähes olematonta. Lopulta aineisto rajautui vuosia 1995-2008 (lukuun ottamatta vuosia 1996 ja 1998) koskevaan kirjoitteluun.

Tutkimusaineiston kerääminen suoritettiin tarkastelemalla Suomen Lääkärilehden internet-tietokantaa. Tämä helpotti aineistonkeruuprosessia huomattavasti, sillä ilmiötä koskevia hakuja oli mahdollista tehdä sähköisesti. Hakusanoilla ”lihavuus” tai ”ylipaino” tietokanta tarjosi kaiken kaikkiaan 935 artikkelia, joissa lihavuutta tarkasteltiin pääteemana tai pelkästään viittauksen omaisesti muiden sairauksien yhteydessä. Aineiston rajaamiseksi, suoritin pitkin matkaa karsivaa analyysia, jonka ensimmäisessä vaiheessa rajasin 935 artikkelin joukosta sellaiset, joissa lihavuus mainittiin ainoastaan muussa yhteydessä. Kirjoitin hakukenttään ”lihavuus” tai ”ylipaino” ja rajaavaksi määreeksi ”DE – description”, joka tarjosi minulle 164, lihavuutta päätoimisesti käsittelevää artikkelia. Artikkeleissa lihavuudesta puhuttiin pääosin kasvavana kansanterveysongelmana, esittäen varsinkin tilastoja ja syy-yhteyksiä muihin sairauksiin, kuten muun muassa erilaisiin syöpäsairauksiin ja diabetekseen. Monet artikkelit myös pohtivat lihavuuden ennaltaehkäisyä ja yhteiskunnan toimintaedellytyksiä puuttua lihavuutta edistävään elinympäristöön. Jonkin verran artikkeleissa käsiteltiin myös uusia lihavuuden hoitomuotoja kuten lihavuusleikkauksia, lääkehoitoja ja rokotteiden kehittelyä, sekä näiden perusteltavuutta lihavuusongelman hoidossa.

Varsinaiseen ja tarkempaan aineiston diskursiiviseen analyysiin valikoitui loppujen lopuksi 47 artikkelia. Lopullisten tekstien valinta ja karsiva analyysini perustui tutkimustehtävän ja teoreettisen näkökulmani vuoropuheluun. Olin kiinnostunut lihavuuspuheesta – joko implisiittisesti tai eksplisiittisesti – esiintyvistä sosiaalisesta kontrollista, eli siitä miten lihavuuspuheella tullaan vaikuttaneeksi ihmisten elämäkäytäntöihin. En ensisijaisesti ollut kiinnostanut aineistoni kaikista mahdollisista puhetavoista, vaan erityisesti vakiintuneesta kielenkäytöstä ja sen sosiaalista todellisuutta rakentavasta vaikutuksesta. Valintani näihin 47 artikkeliin perustuu siten pitkälliseen ja harkinnanvaraiseen aineiston läpikäyntiin, joista juuri kyseiset artikkelit tarjoavat tutkimusongelmani kannalta mielenkiintoisinta dataa.

## **Aineistona Suomen Lääkärilehti** <sup>18</sup>

Suomen Lääkärilehti on ammatillisesti tärkein Suomessa ilmestyvistä lääkäreille tarkoitetuista lehdistä. Lehteä julkaisee Suomen Lääkäriliitto - Finlands Läkarförbund r.y., joka on lääkärien ammattijärjestö. Liittoon kuuluu yli 90% Suomessa asuvista lääkäreistä. Jäsenmäärä (1. 9. 2008) 22 084, joista opiskelijajäsenenä 1584. Lääkärien lisäksi viikoittain ilmestyvän lehden lukijakuntaan kuuluu muuta terveydenhuollon henkilöstöä, apteekkien ja terveydenhuollon alalla toimivien yritysten henkilökuntaa sekä lääketieteen opiskelijat. Lehden painos on 27 900 kpl ja lehti jaetaan jäsenetuna kaikille lääkäreille ja lääketieteen opiskelijoille. Lisäksi lehteä tilataan terveydenhuollon hallintoon, kirjastoihin ja yksityishenkilöille. Lehden lukijakunnan rakenne on seuraava: 69% lääkäreitä, 16% lääketieteen opiskelijoita, 3% muita terveydenhuollon ammattityöntekijöitä (farmaseutit, sairaanhoitajat, kemistit, fyysikot, apteekkarit, kättilöt), 4% vapaakappaleet (mm. yliopistojen ja sairaaloiden kirjastot, tiedotusvälineet, kansanedustajat), 8% muut tilaajat.

Tutkimustehtäväni kannalta Suomen Lääkärilehti on perustellusti relevantti. Kuten edellä, sen vaikuttavuusalue kattaa yli 90% kaikista Suomessa asuvista lääkäreistä, joten siinä esitettävien artikkeleiden voidaan nähdä olevan jo tilastollisestikin merkittäviä. Lisäksi sen voidaan olettaa tavoittavan kaikki terveydenhoitoalan asiantuntijuutta edustavat tahot, aina lääketieteen opiskelijoista yhteiskuntapoliittisiin päättäjiin. Lukijakunnan kannanotot – siis myös ”tavallisten ihmisten” - Suomen Lääkärilehti kiteyttää lukijatutkimuksessaan seuraavasti:

- Suomen Lääkärilehti on tärkein tietolähde lääkärien omien tietojen ja ammattitaidon ylläpitäjänä. Alan julkaisuna Lääkärilehti tarjoaa eniten lääkärin työssä tarvittavaa tietoa.
- Suomen Lääkärilehti on alan ammattilehdistä luetuin. Jokainen lehden saaja tutustuu siihen. Lehti selataan kannesta kanteen useammin kuin muut alan lehdet.
- Suomen Lääkärilehden parhaina ominaisuuksina lääkärit pitävät luotettavuutta,

---

18 Tässä luvussa on käytetty lähteenä Suomen Lääkärilehden internet-sivustoa. Se löytyy muun muassa paperiversiona Jyväskylän yliopiston kirjastosta. Itse käytin pääasiassa elektronista versiota: <http://www.laakarilehti.fi/>



sekä sitä, että se seuraa lääketieteen ja terveydenhuollon kehitystä.

Suomen Lääkärilehden merkittävyys korostuu heidän omassa määritelmässään, jonka mukaan ”lehden on tarkoitus toimia uuden lääketieteellisen tiedon levittäjänä, lääkärin jatkokoulutus- ja asiantuntijalehtenä, terveydenhuoltoa ja -politiikkaa seuraavana ja siitä tiedottavana julkaisuna, lääkärin tiedotus- ja keskustelufoorumina sekä lääkärin jäsenpalvelulehtenä koskien muuta lääkärin tarvitsemää tiedonvälitystä ja ammattikunnan sisäistä keskustelua”. Eräs tärkeä tavoite on myös pitää yllä lääkäriyteen liittyviä eettisiä arvoja ja ammatillista osaamista. Edellä mainittuihin lukijoiden kannanottoihin ja Suomen Lääkärilehden itsemäärittelyihin viitaten on perusteltua väittää, että Suomen Lääkärilehti on mitä relevantein tutkimusongelmani ratkaisemiseksi soveltuva empiirinen aineisto. Se edustaa Suomessa virallista terveyttä ja sairautta koskevaa asiantuntijavaltaa, toimien yhteiskunnallisen terveystalokkamme kivijalkana.

Suomen Lääkärilehdessä (myös internet-tietokannassa) julkaistaan lääketieteellisiä, terveydenhuoltoa, lääketieteen koulutusta ja ammattiyhdistystoimintaa koskevia artikkeleita ja kirjoituksia. Lehden oman määritelmän mukaan, ”aiheiden tulee olla yleisesti kiinnostavia ja teksti on voitava ymmärtää ilman kyseisen alan erityisasiantuntemusta”. Lisäksi lehdessä julkaistaan useita lääketiedettä ja terveydenhuoltoa käsitteleviä vakiopalstoja sekä pääkirjoituksia. Tämä aineisto on pääosin pyydettyä tai toimituksellista, mutta ehdotukset ovat kuulemma tervetulleita; käsikirjoituksesta pyydetään kuitenkin keskustelemaan toimituksen kanssa etukäteen. Suomen Lääkärilehdelle tarjottavan artikkelin tulee pääsääntöisesti olla ennen julkaisematon. Lähtökohta on myös, että artikkeleita tarjotaan yhteen lehteen kerrallaan. Alkuperäistutkimus- ja katsausartikkelit arvioi kaksi toimituksen ulkopuolista asiantuntijaa.

Julkaisutoiminta Suomen Lääkärilehdessä on laajaa ja monipuolista, varsinkin erilaisten palstojen muodossa. Lehti julkaisee yhden tai useampia lääketieteellisiä pääkirjoituksia ja artikkeleita kaikilta lääketieteen erikoisaloilta. Lääketieteelliset artikkelit käsittelevät diagnostiikkaa, hoitoa ja kuntoutusta sekä muita lääkärin käytännön työhön liittyviä kysymyksiä. Lääketieteelliset ja terveydenhuollon tutkimukset ja katsausartikkelit käyvät läpi toimituksen ulkopuolisen laaduntarkastuksen. Artikkelien lisäksi lehdessä julkaistaan

lääketiedettä käsitteleviä vakiopalstoja:

- Lääketieteen maailmasta
- Lääkeinfo
- Väitöskirjareferaatit
- Miten sinä hoitaisit
- Ravinto ja liikunta
- Ilman ajanvarausta
- Matkailu ja lääkäri

Terveysthuoltoon koskeva aineisto koostuu tutkimusraporteista ja muista toimituksellisista kirjoituksista, haastatteluista sekä kokous- ja matkaraporteista. Lääketieteen koulutusta koskeva aineisto kootaan vastaavalla tavalla. Lääkäriliiton ay-toimintaa käsitellään omassa osastossaan, jonka avaa puheenjohtajan tai hallituksen jäsenen kirjoittama teksti.

Lehden muita vakiopalstoja ovat:

- Potilasvahinkolautakunnan ratkaisuja
- Tekniikka ja lääkäri
- Kolumnit
- Etiikka
- Menneet ajat
- Pistokoe
- Kirja-arvostelut ja jäsenistö

Lisäksi lehdessä on Näkökulma- ja Keskustelu- osasto, hallituskolumni ja puheenjohtajan palsta. Suomen Lääkäriliitto julkaisee myös erilaisia vihkosisia ja oppaita, vuosittain ns. Koulutuskalenteria ja lääkäripäiviin liittyviä julkaisuja sekä joka viides vuosi lääkärimatrikkelin, maan laillistetut lääkärit käsittävän elämäkertajulkaisun.

Suomen Lääkärilehti julkaisee myös sekä tarjottuja, että pyydettyjä lääketieteellisiä ja terveydenhuoltopoliittisia pääkirjoituksia, jotka ovat joko yhteydessä lehden muuhun sisältöön tai käsittelevät itsenäisiä teemoja. Pääkirjoitus julkaistaan tekijänsä nimellä. Sillä osoitetaan sitä, että kirjoitus on ensisijaisesti kirjoittajan näkemys, joka on arvioitu

laadultaan Suomen Lääkärilehden pääkirjoituksen arvoiseksi. Pääkirjoituksessa kirjoittaja esittää näkemyksensä jostakin ajankohtaisesta aiheesta, jolla on yleistä mielenkiintoa. Tieteellisessä pääkirjoituksessa aihetta taustoitetaan jo julkaistulla tiedolla (ajankohtaisia keskeisiä viitteitä korkeintaan kahdeksan) ja pohditaan uusien havaintojen merkitystä suhteessa aiempaan tietoon. Siinä hahmotetaan teeman ydinongelmia ja kehityssuuntia, ja niihin esitetään perusteltu kannanotto. Tärkeää on, että käsiteltävä asia esitetään muiden kuin alan asiantuntijoiden ymmärrettäväksi tarkoitettussa laajuudessa. Huolimatta siitä, että pääkirjoitus on laadittu päätoimittajan pyynnöstä, päätoimittaja voi edellyttää kirjoituksen korjailua ja mahdollisesti myös hylätä tarjotun kirjoituksen.

Suomen Lääkärilehti pyrkii varmistautumaan julkaisemiensa kirjoitusten sisällön puolueettomuudesta. Kirjoittajia pyydetään ilmoittamaan kaikki mahdolliset sidonnaisuutensa kahdelta edeltäneeltä vuodelta, joilla voi arvioida olevan merkitystä käsikirjoituksen sisällön muotoutumisessa. Kirjoittajan ilmoittamat tiedot julkaistaan artikkelin lopussa. Sidonnaisuudet eivät sinällään vaikuta julkaisupäätökseen, vaan se tehdään sisällöllisin ja toimituksellisin perustein. Seuraavassa on ohjeellinen luettelo sidonnaisuuksista, joista pyydetään ilmoittaminen:

### **Kirjoittaja on**

- saanut apurahaa tai muuta taloudellista tukea julkaistavaksi tarjotun artikkelin kirjoittamiseksi.
- toiminut toistuvasti lääkeyrityksen tilaisuudessa esiintyjänä tai osallistunut vastaavan tilaisuuden suunnitteluun saaden tehtävästään palkkion.
- matkustanut ja osallistunut lääkeyrityksen kustannuksella (matkat, osallistumismaksu) ulkomaiseen kongressiin.
- saanut lääkeyritykseltä tai sen hallinnoimalta rahastolta tutkimusapurahaa.
- osallistunut lääkeyrityksen hallintoelimen toimintaan, tai hänen omistussuhteesta seuraa merkittävä tulo tai määräysvalta yrityksen hallinnossa.
- toiminut terveydenhuoltoalan yrityksen johdossa (hallitus, päätöksiä valmisteleva tai neuvoa antava elin).

Esimerkiksi sitä, että kirjoittaja on osallistunut koulutustilaisuuden yhteydessä lääkeyrityksen tarjoamalle aterialle tai luennoinut julkisen yhteisön tai yhdistyksen

järjestämässä tilaisuudessa, jota lääkeyritys on tukenut taloudellisesti, ei tarvitse ilmoittaa. Myöskään tutkimusapurahaa rahastosta, jonka pääomaa lääkeyritys on kartuttanut, ei katsota sidonnaisuudeksi. Ilmoittaa ei tarvitse sitä, että on lääkeyrityksen pienomistaja, kun osakkeet tai muu omistussuhde eivät anna merkittävää määräysvaltaa yrityksessä.

Tutkimuskohteen ja siitä saatavan tiedon merkitystä on pohdittava, kun huomioidaan kirjoittajien sidonnaisuuksia, sekä lehden julkaisupolitiikkaa. Suomen Lääkärilehden julkaisemat artikkelit ovat tietoa, jonka välittäjänä toimii media eli Suomen Lääkärilehti ja sen toimituskunta. Vaikka toimituskunta painottaa objektiivisuuttaan ja puolueettomuuttaan, niin taustalla olevat poliittis-taloudelliset seikat saattavat vaikuttaa esimerkiksi julkituodun tiedon esiintymistiheyteen. Olivatpa kirjoitukset asiantuntijoiden itsensä laatimia tai puhtaasti toimituksellisesti tuotettua, niin Suomen Lääkärilehdellä on valta päättää mitä julkaistaan, kenen artikkeli julkaistaan, mistä asioista olisi toivottavaa kirjoittaa tai mitä jätetään sanomatta. On myös muistettava Suomen Lääkärilehden paikka tiedotusvälineiden kentällä: Suomen Lääkärilehti on asiantuntija- ja ammattilehti, joka ei samassa määrin kilpaile näkyvyydestä ja markkinaosuuksista kuin vaikkapa suurimmat iltapäivälehdet, jotka voivat kirjoitella samasta asiasta (lihavuus) sensaatiohakisempaan tyyliin.

En miellä tutkimuskohdettani tai tutkimustehtävääni varsinaisesti median tutkimiseksi, vaikka Suomen Lääkärilehti mediaksi luokitellaankin. Tiedostan median vaikutuksen muokata ja vaikuttaa mielikuviiimme iskostuvaan tietoon, mutten ensisijaisesti ole kiinnostunut tästä tiedon aspektista. Jos olisin halunnut tutkia median lihavuuskirjoittelua tai sen esittämiä lihavuus- representaatioita, olisin valinnut tutkimuskohteekseni esimerkiksi television tai jonkin muun joukkotiedotusvälineen, joka tavoittaa laajoja ihmismassoja. Tämä olisikin ollut jo täysin toinen tutkimustehtävä. Suomen Lääkärilehti ei suoranaisesti yritäkään tavoittaa laajoja ihmismassoja, vaan sen idea on tuottaa tietoa terveydestä, sekä virittää keskustelua kollegoiden kesken. Tämä ei silti tarkoita, ettei lehti periaatteessa olisi kaikkien saatavilla. Lehden tutkimisen mielenkiintoisuus liittyy sen erikoisluonteeseen: asiantuntijafoorumilla kansantajuisesti esitettyyn asiantuntijatietoon.

## Analyysin eteneminen

Varsinaista aineistoani lähestyin muutaman tarkemman lähilukukerran avulla. Hyödynsin luennassani osittain Fairclough'n analyttistä mallia, jossa diskurssien muodostumista voidaan lähestyä itse tekstin, diskurssikäytännön ja sosiokulttuurisen käytännön keskinäisiä suhteita tarkastelemalla (Fairclough 1997, 78-82). Fairclough'n analyysimallin osasista, kiinnostukseni kohdistui erityisesti sosiokulttuurisen käytännön ja tekstin dialektiseen vuorovaikutukseen. Liitin Fairclough'n tekstianalyysin suurempaan yhteiskunnalliseen (sosiokulttuurinen taso) kontekstiin, jossa teoreettinen viitekehyseni tarjosi minulle tulkinnallisia työkaluja, erityisesti vallan näkökulmasta. Tätä vuorovaikutusta lähestyin tekstin funktionaalisten kategorioiden<sup>19</sup> - erityisesti ideationaalisen funktion avulla, jolla Fairclough tarkoittaa kielen funktiota, joka tuottaa representaatioita maailmasta. Näkökulman avulla kielen analyysi voitiin liittää yhteiskunnallisen analyysin perusasioihin, kysymyksiin tiedosta, uskomuksista ja ideologiasta (representaatiot – ideationaalinen funktio) sekä kysymyksiin sosiaalisista suhteista ja vallasta. (Fairclough 1997, 29, 80.)

Diskurssit määrittyivät analyysissäni tavoiksi representoida tietoa tietyllä tavalla, rajoittaen samalla toisia tapoja, joilla aihe voitaisiin esittää (Hall 1999, 98). Esimerkiksi yhteiskuntapoliittisessa diskurssissa (ks. luku 6.2.2) lihavuus näyttäytyi yhteiskunnallisena ongelmana, poissulkien yksilön itsensä mahdollisuus problematisoida ruumiillisuuttaan. Diskurssien muodostumisessa tärkeää oli myös niiden asiantiloja tuottava vaikuttavuus. Kulttuurisen rapautumisen diskurssi (ks. luku 6.2.1) esimerkiksi representoi kulttuurisen ilmapiirin pilaantuneeksi, jota lihavuus symboloi, oikeuttaen samalla yhteiskunnallisia toimenpiteitä lihavuutta ja sosiaalista toimintaa kohtaan.

Analyysissäni kiinnostukseni kohdistui diskurssien representatiivisuuteen (ideationaalinen taso), eli tapoihin miten maailma, sosiaalinen järjestys, tieto tai ideologia esitetään silloin kun puhutaan lihavuudesta. Mitkä elementit ovat etualalla tekstissä, mitä painotetaan ja mitä puolestaan jätetään sanomatta? Representatiivisella eli kuvailevalla lukutavalla (Fairclough 1992, 73) pyrin vastaamaan *mitä* -muotoisiin sisältökysymyksiin, kuten millaista sosiaalista todellisuutta esittävää puhuntaa lihavuuspuheessa tuotetaan? Toisaalta, tuloksellisesti ei olisi ollut kovin antoisaa pidättäytyä pelkästään *mitä* -kysymyksissä, joten

---

<sup>19</sup> Peräisin Hallidayn (1978) ”systemisestä kieliteoriasta”.

esitin aineistolleni myös haastavampia *miten* -kysymyksiä. Tällöin minua erityisesti kiinnosti tietää, miten rakentamillani diskursseilla todellisuudesta tehdään ymmärrettävä.

Olin kiinnostunut myös siitä, kuinka representaatiot asemoivat toimijoita tietyllä tapaa. Tekstin tuottamat asemat määrittävät toimijoiden liikkumatilaa sekä sallivat vain tietynlaisten mielipiteiden esiintulemisen ja jopa sosiaalisen ja taloudellisen syrjinnän. Aineistossani esimerkiksi viitattiin lihaviin ihmisten psykososiaalisiin kärsimyksiin, korostaen samalla kuinka tärkeää on tutkia lihavuuden psykososiaalista yhteyttä. Puheessa ei pyritty kuitenkaan purkamaan lihavuutta kohtaan esiintyviä konventionaalisia ja stigmatisoituja käsityksiä. Päinvastaisesti lihavat representoitiin ”autettavan” positioon heidän fyysisen ”erilaisuutensa” perusteella. Lääketieteellisessä puhunnassa oli nähtävissä painottuneisuus, jossa ihmisten yhteiskunnalliset ja sosiaaliset ongelmat määräytyivät ensisijaisesti ylipainon ja/tai fyysisen ulkomuodon perusteella ja nimenomaan sen(kin) vuoksi oli tärkeää ennaltaehkäistä lihomista. Esimerkki on osoitus lääketieteen normittavasta voimasta yhteiskunnassamme, sekä siitä kuinka lihavuus asemoidaan yhteiskunnassamme edelleen toiseudeksi ja hyväksytyiksi tuleminen edellyttää ”toisten” muuttumista ”meiksi”.

*”Lihavuudella on monia psykososiaalisia yhteyksiä. Lihavia lapsia pilkataan koulussa ja he ovat epäsuosittuja koulutovereittensa keskuudessa. Aikuisena lihaviin sosioekonominen asema on huono ja se saattaa jopa heikentyä. Lihavuus saattaa jopa olla välillinen syy tulotason heikkenemiseen ja työttömyyteen, kuten Sirpa Sarlio-Lähteenkorva (Helsingin yliopiston kansanterveystieteen laitos) omassa esityksessään toi esille. Lisäksi Ruotsissa on havaittu, että lihavilla on normaalipainoisiin verrattuna vähemmän ystävyysuhteita ja he osallistuvat harvemmin erilaisiin vapaa-ajan harrastuksiin. (...) Lihavuuden psykososiaalisten yhteyksien tutkimiseen tulisikin panostaa aikaisempaa enemmän, sillä tuloksilla on merkitystä sekä hoidossa että ehkäisyssä.” (SLL 26/1997)*

Diskurssit muodostuivat aineistossani representaatioihin kiinnittyneistä merkityssysteemeistä, jotka esiintyivät aineistoni artikkeleissa ”siellä täällä”. Tarkoitin, että merkityssysteemeistä rakentuvia diskursseja ei ollut mahdollista paikantaa vain mekaanisesti, esittäen tietyn artikkelin havainnollistavan tiettyä puhetapaa. Esimerkiksi riskin faktuaalistamisen diskurssi (ks. luku 6.1.1) esiintyi useissa artikkeleissa, mutta diskurssien sisällöllinen (merkitys)yhtäläisyys tunnistettiin vasta useiden lukukertojen jälkeen aineiston kontekstisidonnaisessa (vrt. Fairclough'n dialektisuus) tulkintaprosessissa (Jokinen & Juhila 1993, 80). Diskurssi ei olisi realisoitunut riskin faktuaalistamisen diskurssiksi, ilman sen suhdetta muihin diskursseihin ja siihen liitettäviin

merkitysmailmoihin, jotka kielellisesti tuottivat maailmasta vaarallisen, kuten seuraavassa katkelmassa, jossa heitteelle jätetyssä yhteiskunnassa ”kärsivät” lapset muodostavat ”tulevaisuuden painajaisen”.

*”- Yhteiskunta on pettänyt lihavuudesta **kärsivät lapset**, sanoo lastenlääkäri Sven Karlsson. Hän on tehnyt töitä lihavuudesta **kärsivien** lasten kanssa Södertäljen terveydenhoidossa kymmenen vuoden ajan. - Kyseessä on **koko yhteiskuntaa koskeva ongelma**. Mikäli asiaan ei tartuta **nyt**, siitä muodostuu **tulevaisuuden painajainen**.” (SLL 27-31/2006)*

Diskurssien rajat eivät aineistossani olleet myöskään mitenkään itsestään selviä, vaan pikemminkin harkinnanvaraisia, muuttuvia, toisiaan tukevia ja vastakkaisia – tutkijan tulkintatyön tuloksia. Tulososiossa nimeämiäni diskursseja pyrin havainnollistamaan ja elävöittämään useilla suorilla sitaateilla. Aineisto-otteiden avulla lukija kykenee myös paremmin seuraamaan analyysiäni ja sen pohjalta tehtyä tulkintaa, sekä muodostamaan omia tulkintojaan. Tarkoitukseni ei ole ollut mahduttaa kaikkia, kyseistä diskurssia havainnollistavia sitaatteja raporttiini, vaan pikemminkin poimia aineistosta relevanteimmat, jotka parhaiten tekevät oikeutta diskursseille.

Diskurssien representaationaalinen tarkastelu kytkeytyi tutkimuksessani myös diskurssien ideologisuuteen. Kielenkäytön ideologisuus tarkoittaa, että diskurssien ideologinen toiminta luonnollistaa, ylläpitää, rakentaa ja muuttaa maailman merkityksellistämistä monimuotoisista asemista valtasuhteiksi (Fairclough 1992, 67). Ideologiat ovat tekstin väittämiä, jotka käyvät ilmi epäsuorasti ja esiintyvät yleensä tekstin alkuoletuksissa (itsestänselvyydet) myötävaikuttaen eriarvoisten valta- ja hallintasuhteiden ylläpitämiseen ja muotoutumiseen (ks. Fairclough 1997). Tässä kohtaa faktuaalisimmiltakin tuntuvat lausumamme sisältävät väistämättä ideologisen ulottuvuuden, koska arvomme tunkeutuvat kaikkiin sosiaalista maailmaa koskeviin kuvauksiimme (Hall 1999, 101), kuten seuraavassa, jossa universaaliin ”terveyden arvoon” nojautuen oikeutetaan lihavuuteen puuttuminen:

*”Lääkärin velvollisuus on edistää potilaan terveyttä ja siksi on syytä ottaa puheeksi myös **lihavuus**”.*(SLL 34/2000)

Puuttuminen lihavuuteen näyttää luonnolliselta, koska silloin tullaan noudattaneeksi vain

lääkäriin eettistä velvollisuutta edistää terveyttä ja parantaa sairauksia. Meidän tulisi kuitenkin kysyä, onko lihavuus sairaus, taikka niin suuri yhteiskunnallinen ongelma kuin annetaan ymmärtää? Määrittelyllä on merkitystä, koska määrittelyistä seuraa yhteiskunnallinen toiminta ja toiminta voi puolestaan olla joko konventionaalisia käsityksiä uusintavaa tai niitä uudelleen muokkaavaa (esim. Fairclough 1997, 48). Tutkimuksessani tämä merkitsi sitä, että aineistossani lihavuus näyttäytyi terveys-sairaus akselilla ja tässä luokittelussa usein nimenomaan sairautena, jonka vuoksi lääkäreillä on oikeus ja velvollisuus siihen puuttua.

Analyysissäni halusin osoittaa, että kielenkäytön merkitykset ja merkityssystemit voivat huomaamattaankin palvella yhteiskunnallisia valtasuhteita. Tällöin minun oli kysyttävä jokaisen tekstin kohdalla, toimiiko se ideologisesti ja jos, niin miten (vrt. Fairclough 1997). Esimerkiksi esiin nostamassani psykologisessa diskurssissa (ks. luku 6.1.2) lihava ihminen haluttiin suostutella osaksi terveysteologian ajattelua, jonka tulkitsin vallankäyttönä – haluna muokata ihmisen taipumuksia tietynlaiseen ajatteluun ja toimintaan. Diskurssien tutkiminen juuri representaatioiden avulla mahdollisti sosiaalisten käytäntöjen erilaisiin tarkoitukseen, ideologioihin, näkökulmiin ja arvoihin kiinnipääsemisen. Suomen lääkäri-lehdessä esitetty puhe näyttäytyy yleisellä tasolla tietona, jonka funktio on esittää totuudenmukainen tulkinta sosiaalisesta todellisuudesta. Tieto ei ole kuitenkaan viatonta, vaan se on ottanut paikkansa diskursiivisten valtasuhteiden taistelussa.

Joltain osin tulin analyysissäni hyödyntäneeksi myös Jokisen ym. (1993, 75) valta-analyysille hahmottelemaa portaikkoa, jossa ollaan kiinnostuneita diskurssien välisistä ja sisäisistä valtasuhteista, analysoidaan miten tietyt diskurssit muotoutuvat hegemonisiksi, arvioidaan hegemonisten diskurssien käyttöön kytkeytyviä ideologisia seurauksia sekä pohditaan muutosten (hegemonisten diskurssien kyseenalaistamisen) mahdollisuutta. Oma analyysini keskittyi tältä osin diskurssien ideologiaan vaikutuksiin (vrt. Fairclough), sekä diskurssien välisiin suhteisiin. Analyysini lopuksi tulinkin pohtineeksi esiin nostamieni diskurssien välisiä suhteita sekä vaikutuksia.

Tutkimuksellisesti analyysini kallistui aiemmin perustelemaani, realistisen konstruktionismin (realistisesti painottunut kriittinen diskurssianalyysi) perinteeseen, jossa diskurssin rajat voitiin ylittää ja ajatella diskurssien rakentuneen – ei pelkästään tilanteisesti tekstissä, vaan myös yhteiskunnallisesti. Suhteutin siten aineistosta



konstruoidut diskurssit laajempaan yhteiskunnalliseen kontekstiin. Lihavuuspuhe tulee nähdä osana laajempaa yhteiskunnallista medikalisoitumiskehitystä, jossa lääketieteen konstruoima lihavuuden ongelmastatus on keino kontrolloida ruumiillisuutta, terveyttä ja sairautta, sekä viime kädessä elämää itseään. Tähän yhteiskunnalliseen keskusteluun otan kantaa erityisesti tulosten tulkinta-osiossa ja johtopäätöksissä, joihin pyrin liittämään myös viitekehyksessä eriteltyä teoriakirjallisuutta.

## 6 Lihavuuden representoituminen Suomen Lääkärilehdessä

Tutkimustehtävänäni oli tarkastella sitä, miten Suomen Lääkärilehdessä lihavuus liitetään osaksi ihmisten elämäntapojen. Olin kiinnostunut siitä, millainen sosiaalinen todellisuus lihavuuspuheen ympärille rakentuu ja miten tuossa lihavuuspuheessa väestöä pyritään kontrolloimaan, sekä myös siitä mitä mahdollisia seurauksia tietyllä puhunnalla on. Tarkoitukseni ei ollut nostaa esiin aineistosta kaikkia mahdollisia puhetapoja, vaan keskittyä erityisesti kaikkein hallitsevimpiin – hegemonisiin puhetapoihin. Kriittisen diskurssianalyttisen luennan keinoin päädyin kahteen hallitsevaan puhetapaan, eli aineistossa hallitsevasti esiintyviin metadiskursseihin: *medikaaliseen* diskurssiin ja *yhteiskunnalliseen* diskurssiin. Nämä kaksi metadiskurssia jakautuivat kumpikin kahteen, molempia metadiskursseja tukeviin aladiskursseihin. Medikaalista diskurssia tukevat aladiskurssit nimesin riskin faktuaalistamisen diskurssiksi ja psykologiseksi diskurssiksi. Yhteiskunnallista diskurssia tukevat aladiskurssit muotoilin kulttuurisen rapautumisen diskurssiksi ja yhteiskuntapoliittiseksi diskurssiksi. Pyrin kuvaamaan metadiskurssien erityispiirteitä, eroavaisuuksia ja yhtäläisyyksiä niitä tukevien aladiskurssien kautta.<sup>20</sup>

Tunnistetut diskurssit muodostavat erityisen johdonmukaisen ja yhtenäisen kokonaisuuden, josta käytän nimeä *diskurssikoalitio*. Diskurssikoalitiossa jokaisella diskurssilla on oma funktionsa biopoliittisen lihavuuden kontrollin kannalta. Diskurssikoalition vaikutuksesta rakentui lopulta yksi dominoiva diskurssi, jonka nimesin Rosen (2001) ajatukseen tukeutuen *somaattisen subjektiuden* diskurssiksi. Somaattisen subjektiuden diskurssi kuvastaa diskurssikoalition *yhteisfunktioita*; sen tarkoitus on opettaa itsenäiseen ruumiinkunnon ylläpitoon. Käsittelen tarkemmin somaattisen subjektiuden diskurssia luvussa 6.3 sekä kokoan tiivistetyimmän erittelyn diskurssien välisistä suhteista ja niiden tehtävistä.

---

<sup>20</sup> Tekstien lukuohje: sitaateissa esiintyvät lihavoinnit kertovat siitä, mihin tutkija on diskurssia muodostettaessa erityisesti kiinnittänyt huomion.

Seuraavaan taulukkoon olen laatinut diskursseista yhteenvedon, jotta lukijan olisi jatkossa helpompi seurata tulosten erittelyä:

## Taulukko 1

Metadiskurssi	Medikaalinen		Yhteiskunnallinen	
	Riskin faktuaalistamisen diskurssi	Psykologinen diskurssi	Kulttuurisen rapautumisen diskurssi	Yhteiskuntapoliittinen diskurssi
Tunnuspiirteitä	Lääketiede määrittää riskit faktuaalisesti.  Riskien kvantifioitu esittäminen. Lihavuus liitetään muihin sairauksiin.  Voimakas retoriikka, ”kriisinjulistus.”	Yksilöön keskittyvä, minän työstäminen; terveysasiantuntijat ”mentoreina.” Itsetunnon voimaannuttaminen uudenlaisten elämäntapojen kautta. Lihavan puutteellinen subjektius.	Kulttuurisen kehityksen ”pistävä” analyysi. Kulttuurinen muutos; kapitalistisen markkinatalouden läpätunkevuus ihmiselämään. Lihavuus symboloi kulttuurin mädännäisyyttä.	Yhteiskuntapoliittiset toimenpiteet lihavuuden ehkäisemiseksi. Kollektiivisuus, taloudelliset intressit ja kilpailukyky, sekä velvollisuus yhteiskuntaa kohtaan.
Kontrollin muoto	Hallinta pelon kautta – ruumiin jatkuva potentiaalisuus olla vaarassa.	Itsekontrollin lisääminen suhteessa ympäristöön. Itsehallinta ”positiivisten” kokemusten kautta.	Kulttuurinen ”pirstaleisuus”, synnyttää tunteen yhteiskunnallisen kontrollin lisäämisestä.	Väestön hallinta kulttuurisen tilan kautta. Hallinnan pohjana terveysajattelu. Ennaltaehkäisevä riskien hallinta/ riskikontrolli.
Funktio ja seuraamukset	Konstruoi todellisuuden, jonka pohjalta yhteiskuntaa voidaan muuttaa.  Lääketieteen asiantuntija- valta ilmiöiden käsitteellistämässä kasvaa.	Painonhallinta kuuluu kiinteästi elämäntapaan. Uusintaa lihavuuden stigmatisointia; lihaviin oletetaan muuttavan itseään ja käyttäytymistään. Subjektius ”ottaminen.”	Kulttuurinen epäjärjestys luo huolen oman elämän ja ruumiin hallinnasta. Tavoitteena luoda pohja kulttuurimme ja itsemme järjestämiseen.	Järjestää yhteiskuntaa niin, ettei tilaisuutta lihomiseen tarjoudu. Tuottaa itsekontrolloituja kansalaisia. Terveysideologian vahvistaminen rajaa erilaisten ruumiillisuuksien hyväksyttävyyttä.

## **6.1 Lihavuuden medikaalinen haltuunotto – medikaalinen diskurssi**

Medikaalisen metadiskurssin nimeäminen perustuu sen aladiskurssien luonteeseen, eli siihen kuinka riskin faktuaalistamisen ja psykologisessa diskursseissa ruumiit pyritään ottamaan haltuun terveystamattilaisten tietoon ja faktuaaliseen esittämiseen nojautuen. Kuvailen tässä luvussa medikaalisen metadiskurssin luonnetta ja vaikuttavuutta kahden aladiskurssin, eli riskin faktuaalistamisen ja psykologisen diskurssin avulla.

### **6.1.1 Riskin faktuaalistamisen diskurssi**

Lihavuus representoitui riskin faktuaalistamisen diskurssissa lähes poikkeuksetta yhteiskuntaa ja koko maailmaa koskettavana faktuaalisena<sup>21</sup> terveysongelmana ja terveystvaarana (vrt. Gard & Wright 2005). Keskeisintä esittämistavassa oli puheen tuottama vaihtoehdoton kuva todellisuudesta, jossa lihavuuden ympärille rakentuva maailma jäsenyi potentiaalisena – elämäntapantöjä uhkaavana riskinä. Riskejä määriteltäessä on kuitenkin muistettava, ettei riski määrity objektiivisesti uskomus- tai moraalisten asetelmien ulkopuolella. Se mitä pidämme riskinä, muodostuu olemassa olevan esiyymärryksen ja sosiaalisissa verkostoissa neuvoteltujen diskurssien kautta. (Lupton 1999, 29.) Riskin faktuaalistamisen diskurssissa riski rakentuu asiantuntijaelimien konstruoimana, jossa ihmispopulaatio näyttäytyy homogeenisinä – subjektiivisesta syömis- ja liikkumishistoriasta irrotettuina – lukuina ja numeroina, jolle ei anneta mahdollisuutta käydä ”tasavertaista” neuvonpitoa riskin sisällöstä tai sen merkityksestä.

### **Riskin faktuaalinen määrittäminen**

Diskurssissa lihavuus medikalisoidaan käsitteellisesti, noudattaen yleistä elämäntapojen medikalisoitumisen trendiä, jossa lääketiede termistöönsä perustuen määrittelee yhä enemmän jokapäiväisen elämän ilmiöitä ja poikkeavaa käyttäytymistä (vrt. Conrad 1992, 211). Painoindeksin käyttö ruumiin terveyden ja normaaliuden sekä sairauden ja lihavuuden määrittelyssä, ilmentää ajatusta lihavuuden medikalisoituneesta

---

21 Juhilan (1993, 151-152) mukaan tieto ja kieli saavat aikaan totuudenmukaisia asiantiloja, jossa kiinnostus täytyy kiinnittyä siihen miten totuus argumentoidaan.

käsitteellistämistä, sekä lihavuustilastojen ja lihavuuden ”fetissioinnista”<sup>22</sup>. Samalla kun puhetapa korostaa normaalin painoindeksin ja ruumiinpainon ennakoivan terveyttä ja hyvinvointia, irrotetaan ruumiinpaino muista ruumiin materiaalisista ehdoista ja ominaisuuksista, kuten ruumiin rakenteesta, aiemmasta paino- ja syömishistoriasta, voimasta ja liikunta- tai toimintakyvystä, puhumattakaan onnellisuudesta tai elämänlaadusta (Kyrölä 2007, 60-61). Lääketieteen puuttuminen ihmisten ruumiisiin mielletään ihmisten suojeluksi, joka saa sen näyttämään oikeutetulta ja ihmiselämää palvelevalta, vaikka sen käänköpuolena saattaa olla ihmisen vieraantumisen itsestään ja ruumiistaan. Suojelun nimissä ruumiiden toimintamahdollisuuksia rajoitetaan ja hallitaan, kuten Kyrölä (mt., 55) huomauttaa.

*”Raportin laatineen paneelin mukaan jo WHO:n normaalipainon ylärajaa (painoindeksi 25 kg/m<sup>2</sup>) lähestyttäessä syövän riski suurenee. Niinpä paneeli suosittelee, että 21 vuoden iässä painoindeksi olisi alle 22 kg/m<sup>2</sup> eikä se saisi suureta iän myötä ainakaan yli 25 kg:n/m<sup>2</sup>.” (SLL27/1995)*

Uhkakuvien synty edellyttää yhtenäistä, kulttuurisesti tuotettua ymmärrystä uhkan merkityksistä, laajuudesta sekä uhkan seurauksista. Sitaateissa näitä uhkan elementtejä tuotetaan tieteellisyyteen ja totuudenmukaisten institutionaalisten asiantuntijaryhmien vakuuttavuuteen perustuen, vaikka asiantuntijaraportin argumentin perusteita ei lukijalle avatakaan. Jokaisen yksilön elämässä mahdollisesti esiintyvien riskien potentiaalisuutta havainnollistetaan, myös muun muassa syövän riskin suurenemisella samassa suhteessa oman painoindeksin kasvuun, vaikkakin tämä väite on osoittautunut kyseenalaiseksi (Gard & Wright 2005).

*”Liikapainon haittoja pidettiin kongressissa kiistattomina ja vakavina: jo lievä (painoindeksi yli 25 kg/m<sup>2</sup>) lihavuus aiheuttaa terveyttä vaarantavia muutoksia glukoosiaineenvaihdunnassa. Työ- ja fyysinen suorituskkykyisyys, itsetunto, henkilösuhteet sekä sukupuoliin kanssakäyminen heikkenevät myös suhteessa painoindeksiin.”(SLL 27/1995)*

On myös hyvin kiintoisaa huomata kuinka painoindeksi näyttäytyy universaalina, yksilön

---

22 Kohteesta tai hahmosta tulee fetissiobjekti, kun se irrotetaan asiayhteyksistään ja historiastaan ja sitä aletaan käyttää tiivistettynä, ”korvaavana” merkkinä sosiaalisista suhteista ja hierarkioista. Fetissiobjektit elävät koskemattomina, valmiiksi tulkittuina totuuksina, joita ei tarvitse taustoittaa. Ks. Ahmed (2003, 206) Kyrölään (2007, 57) mukaan.

itsetuntoa, henkilösuhteita ja sukupuolista kanssakäymistä määrittävänä tekijänä. Väitteissä yksilöä lähestytään ensisijaisesti painon perusteella; yksilön sosiaalinen asema ja identiteetti määräytyvät suhteessa painoon. Ruumiiden kontrolloinnin kannalta tällaiset väitteet voivat olla merkityksellisiä. Nuo väitteet synnyttävät nimittäin ihmisten elämäntapoihin vaikuttavan ajattelutavan, jossa ihmiset huolestuvat ruumiistaan ts. tulevat ruumistietoisiksi (ks. Crossley 2004, 233-234). Laihduttaminen ja painonhallinta näyttävät siten tietoiselta ruumiin, psyykeen ja sosiaalisen elämän rappeutumisen suojelulta, sekä myös näiden ulottuvuuksien parantamiselta.

Diskurssissa asiantuntijapuheen lausumien painoarvo ja vaikuttavuus määräytyy yhteiskunnallisten instituutioiden, valtion ja kansalaisten välisissä tieto-valta -suhteiden historiallisissa verkostoissa (vrt. Foucault, 1980). Näissä valtaverkostoissa lääketieteen on onnistunut neuvottelemaan ”luonnollisen” yksinoikeuden terveyden ja sairauden määrittelyyn, jonka vuoksi sen puheella on vaikuttavuutta. Aineistossani tämä korostuu siten, että lääketiede on operationalisoinut lihavuuden painoindeksillä mitattavissa olevaksi tilastolliseksi muuttujaksi, joka esitetään lukuina ja numeroina, kehon koostumukselliset ja kokemukselliset ominaisuudet hylkäävänä. Esittämistavassa ei mennä lukujen ja tilastojen taakse; puhunnassa ei mitenkään eritellä painonnousuun vaikuttavia yksilöllisiä tekijöitä, kuten lihasmassan kasvua, raskautta tai heikkoa sosioekonomista asemaa, vaan tuotetaan yleistävä väite, että painonnousu ja lihavuus olisivat kaikissa tapauksissa terveydelle vaarallista. Diskurssi on oiva esimerkki institutionalisoituneesta keskustelukäytännöstä, jossa vain tietyillä asiantuntijatahoilla on valta ja mahdollisuus määritellä mitä lihavuus on, sekä määrätä ilmiötä koskevista toimenpiteistä (vrt. Pirttilä 1994).

*”Suomen aikuisväestöstä useampi kuin joka viides ylittää merkittävän lihavuuden rajan (painoindeksi > 30 kg/m<sup>2</sup>). Rajan ylittäminen lisää selvästi lihavuuteen liittyvien sairauksien vaaraa. Viimeisten kuluneiden 20 vuoden aikana erityisesti työikäisten miesten lihavuus on yleistynyt. Heistä joka neljäs on nykyisin merkittävän lihava.” (SLL 49-50/2003)*

*”Miehen vyötärön mitan ylittäessä 94 cm ja naisen 80 cm alkaa valtimotaudin vaara jo lisääntyä, varsinkin jos henkilöllä on lisäksi kohonnut kolesteroli tai verenpaine. Jos miehen vyötärön mitta on metri ja naisen 90 cm, hälytyskellojen pitää soida. Sairastumisriski on kasvanut huomattavasti, jos mitat ovat edellisiä suurempia. Tätä sanomaa korosti niin 50-vuotispäiviään juhlinut Suomen Sydänliitto kuin viimeviikkoinen Maailman Sydänpäivä.” (SLL 39/2005)*

Diskurssissa lääketiede kykenee havainnollistamaan ongelman laajuuden haltuunottamalla

ruumiit mitaten ja punniten, sekä esittämällä nämä tilastolliset faktat ongelman laajuutta kuvaavina todisteina. Riskin konkreettisuus havainnollistuu vertaamalla oman kehon mittoja ”objektiivisina” pidettyihin mitta-asteikkoihin ja riskiprofiileihin (vrt. Rose 2001, 87). Nämä riskiprofiilit ovat lääketieteen antamia, selkeitä ja objektiivisesti mitattavissa olevia raja-arvoja, jolloin pelkän numeerisen *riskirajan* ylittäminen konstruoituu pelottavana ja terveyttä uhkaavana. Painoindeksin, vyötärön ympärysmittan ja rasvaprosentin avulla jokaisen henkilökohtainen riskiaste on tunnistettavissa ja kontrolloitavissa, tarkoittaen myös vastuun siirtymistä yksilön itsekontrollin piiriin. Pelottavuusvaikutus syntyykin juuri siitä, että pienikin itsekontrollin herpaantuminen altistaa ruumiin ”vaaravyöhykkeelle”. Ruumiilla on siten jatkuva mahdollisuus olla vaarassa.

*”Peltonen ym. (1) kirjoittivat erinomaisen ja kiinnostavan artikkelin lihavuuden, diabeteksen ja muiden glukoosiaineenvaihdunnan häiriöiden esiintyvyydestä suomalaisessa aikuisväestössä. Minua kuitenkin hämmensi kirjoittajien tapa käyttää IDF:n (2) ja WHO:n (3) vyötärölihavuutta kuvaavia raja-arvoja. Kirjoituksessa molempia raja-arvoja (IDF: > 94 cm miehillä ja > 80 cm naisilla; WHO: > 102 cm miehillä ja > 88 cm naisilla) käytetään kuvaamaan vyötärölihavuuden esiintyvyyttä, vaikka IDF:n kriteereillä esiintyvyydet ovat noin kaksinkertaisia WHO:n kriteereihin verrattuna. Pohdinnassa kirjoittajat käyttävät IDF:n raja-arvoista käsitettä ”uusimmat kriteerit ” (...)*

*(...) IDF:n määrittelemät vyötärön ympärysmittan raja-arvot ovat ymmärrykseni mukaan vain osa metabolisen oireyhtymän tunnistamisen kriteerejä..” (SLL 6/2006)*

Tekstissä näyttää olevan toissijaista lukuarvojen laadun sisältö eli jokaisen ruumiin yksilöllisyys ja ainutlaatuisuus. Painoindeksi tai vyötärön ympärysmitta ei sinällään kerro henkilön liikuntaharrastuneisuudesta, sairastuneisuudesta, ruokavaliosta saati henkilökohtaisesta hyvinvoinnista. Osoittimet ovat pikemminkin asiantuntijoiden laatimia yksinkertaistavia mittareita, joiden avulla ruumiit voidaan asettaa hallittavaan järjestykseen ja kontrollin alaiseksi. Lukuarvot ja tilastot pyrkivät tekemään painosta universaalien vaaran symbolin siten, että laihduttajat alkavat määrittää laihdutustuloksiaan, painonkehitystä ja terveyttään suhteessa näihin mittareihin. Samalla lihavuus sekä ylipaino representoituvat sairauksien aiheuttajiksi ja riskitekijöiksi, jolloin lihavuudesta tulee helpommin määrittyvä, epidemiologisiin analyysihin liitettävä tekijä, jonka avulla voidaan ymmärtää myös sairauksien määräytyvyyttä paremmin (Gard & Wright 2005, 173). Sairauksien ”ymmärrettävät” syyt puolestaan auttavat ihmisiä hahmottamaan ympäröivää todellisuutta paremmin, olipa sitten kyseessä ”totuus” tai ”totuudenomainen” tieto. Kiinnostavaa on

kuitenkin huomata, ettei lääketieteilijöillä(kään) näytä olevan yksimielistä konsensusta riskejä esittävästä raja-arvoista.

Vallan näkökulmasta on mielekästä pohtia myös itse lihavuustilastojen koostamista, kuten sitä ketkä tilastoja päivittävät ja laativat, mitä tarkoitusperiä varten tai mitä lihavuuden määritelmään on ylipäätään sisällytetty. Nick Crossley'n (2004, 229) mukaan ylipainotilastojen kasvuvauhti kiihtyy osin sen vuoksi, koska tilastojen kehitystä tarkkailevat vain kansanterveyden asiantuntijat ja valtio. Nämä tahot muodostavat yhdessä asiantuntijuuteen ja poliittiseen päätöksentekoon perustuvan tieto/valta -hallintaregiimin, joilla on oikeus määritellä ongelma sekä myös päättää ongelmaan kohdistetuista interventioista.

*”Suomen jokaisessa neuvolassa ja useimmilla kouluterveysvastaanotoilla kirjataan tunnontarkasti ylös jokaisen lapsen ja nuoren vuosittainen paino ja pituus. Ainutlaatuisen kattava tieto jää kuitenkin tieteeltä piiloon, sillä satojen terveyskeskusten erilaiset tietojärjestelmät eivät pysty tuottamaan tietoa ulos yhteismitallisessa muodossa. Tilastotieto voisi olla kultaakin kalliimpaa paitsi tutkijoille, myös terveydenedistäjille. Suomessahan on hyvät kokemukset kansanterveyskampanjoista, jotka ovat hyödyntäneet ja myös tuottaneet tarkkaa tilastotietoa terveysväittämien tueksi.” (SLL 49-50)*

Diskurssissa ilmentyy kuinka ihmiselämään kohdistuva, normittava vallankäyttö on kiinteässä yhteydessä muun muassa lääketieteeseen ja tilastotieteeseen, jossa tieto ja valta punoutuvat yhteen (vrt. Helén 2004, 208). Valta näyttäytyy ruumiiden medikaalisena kontrollointina, eli toimintana, jossa ruumiit asetetaan järjestykseen fyysisten ominaisuuksien perusteella. Yksilöille määrättävät interventiot ja elämäntapamuutosta koskevat suositukset määrätään useimmiten sen mukaan, kuinka paljon ruumiin paino poikkeaa normaalista tai tilastollisesta keskiarvosta. Tekstit repesentoivat näin ollen sitä, miten ruumiin fyysisen materian, taikka ruumiin pinnan oletetaan paljastavan henkilön elinvoimaisuuden tai erityisesti sen puutteellisuuden. Seuraavassa sitaatissa näyttäytyy vielä selvemmin se, kuinka lihavuus on peruste olla huolissaan ruumiiden elinvoimasta.

*”Joka neljäs alle 10-vuotias ruotsalaislapsi on liian lihava. Liki 50 000:ta lasta uhkaa lihavuuden seurauksena diabetes ja sydänsairaudet. Ruotsin kansanterveyslaitos lähtee nyt voimatoimilla ehkäisemään lasten liikalihavuutta. Maassa on alkamassa nelivuotinen projekti, jonka aikana kaikkien 3-5-vuotiaiden kehon rasvapitoisuus mitataan vuosittain.” (SLL 27-31/2006)*



Katkelman ensimmäisessä lauseessa todetaan joka neljännen alle 10-vuotiaan lapsen olevan liian lihava. Seuraavassa lauseessa kerrotaan, että lihavuuden seurauksena liki 50 000:ta lasta uhkaa diabetes ja sydänsairaudet. Tekstissä jätetään epäselväksi milloin ”lähellä oleva riski sairastua” käy toteen. Tämä korostaa vaikutelman pelottavuutta: riskin uhka on läsnä epämääräisessä tulevaisuudessa, jonka vuoksi siihen on varauduttava ennaltaehkäisevästi. Ilmiön taustoituksen puutteellisuus luo vaikutelman, että lihavuus on universaalista; yksilöiden lihavuuden erilaisesta ”laadusta” tai lihaviin lasten sosiokulttuurisesta taustasta ei ole mainintaakaan. Tekstissä ei myöskään kerrota, miten lihavuutta on mitattu, kuinka pitkän aikavälin saatossa tai mihin suuntaan kehitys on kulkeutunut. Pitäisikö ilmiötä avata monimuotoisemmin? Perustuuko Ruotsin kansanterveyslaitoksen interventio pelkästään sellaiseen tietoon, että joka neljäs alle 10-vuotias ruotsalaislapsi on liian lihava? Entä jos lapsi on terve ja voi hyvin? Voidaanko perustellusti väittää jokaista 50 000:ta lasta uhkaavan diabeteksen ja sydänsairauksien, tietämättä lasten liikunta- tai muusta historiasta mitään? Gard ja Wright huomauttavatkin, ettei nuoruusiän lihavuuden syy-yhteydestä myöhemmän iän sairauksiin ole olemassa riittävän perusteltua näyttöä (Gard & Wright 2005, 51-57).

Katkelmassa jää myös arvauksien varaan mitä lapsiryhmää luku ”50 000 lasta” tarkoittaa? Viitataan joka neljänteen alle 10-vuotiaaseen ”liian lihavaan” vai kaikkiin alle kymmenvuotiaisiin? Luvun esittäminen luo ensinnäkin vaikutelman, että kaikki lihavat lapset ovat yhtä alttiita sairauksille ja toisekseen lihavuus yhdistetään kulkemaan käsi kädessä diabeteksen ja sydänsairauksien kanssa. Katkelmassa esiintyneitä lukemia ei avata eikä tulkita riittävän monimuotoisesti ja laadullisesti, vaan määrällinen esittäminen toimii perusteluna asian vakavuudelle. Esittäminen numeerisessa muodossa luo mielikuvan selkeästä, mitattavissa olevasta, yksiselitteisen ristiriidattomasta tiedosta (Jokinen 1999, 146). Samanaikaisesti tiedon representaatioissa jätetään kuitenkin kertomatta olennaisuuksia, jotka voisivat vaikuttaa oikeudenmukaisempaan suhtautumiseen lihavuutta ja lihavia lapsia kohtaan.

### **Lihavuus terveyttä vaarantavana epidemiana**

Aineistossani lihavuuden uhkaavuutta tuotetaan rinnastamalla lihavuus hyvin usein esimerkiksi tupakkaan taikka muihin sairauksiin, joka luo vaikutelman lihavuuden

”sairaudenkaltaisuudesta”. Seuraava uutinen on esitetty Suomen Lääkärilehden internetsivustolla ja alkuperäisenä ruotsalaisessa Dagens Nyheter -lehdessä. Tekstipätkässä huomioni kiinnittyi tiettyihin sanavalintoihin, asian esittäjään ja erityisesti siihen, millainen todellisuus lihavuuden ympärille ja lihavuuteen liitetään.

*”Komissaari: **Lihavuus EU:n pahin terveysuhka** (otsikko) Ylipainoisuus on EU:n suurin terveysongelma, uskoo **EU:n terveysasioista vastaava komissaari Markos Kyprianou** (..) **tupakka** on tietysti jatkuvasti suuri terveysongelma, joka **tappaa EU:ssa 60 000 ihmistä vuosittain**. Mutta **ylipainoisuus on nopeasti kehittymässä suurimmaksi uhaksi terveydellemme**, Kyprianou sanoo Dagens Nyheter -lehdessä.”. (SLL 03/2007)*

Katkelmassa lihavuus representoituu meitä kaikkia, siis koko Euroopan unionia uhkaavana terveysvaarana. Euroopan unionin terveysasioista vastaava komissaari esittää ylipainoisuuden olevan Euroopan unionin suurin terveysongelma, vaikkei hän suoranaisesti osoita ketään tai mitään ryhmää, jota tämä ongelma erityisesti uhkaisi. Häivyttämällä konkreettinen vaaran kohde ja käyttämällä sen sijasta epämääräisen populistista me-retoriikkaa, saadaan lihavuusvaara näyttämään meidän kaikkien Euroopan unionissa asuvien ihmisten, instituutioiden, organisaatioiden ja päättävien hallitusten ongelmalta. Lihavuus nostetaan siten jalustalle, ikään kuin kaikkien terveysvaarojen ja -haittojen yhteiseksi ja automaattiseksi nimittäjäksi, jolloin lihavuus itsessään muodostuu uhkaksi terveydellemme. Katkelmassa lihavuuden sosiaalista stigmaa käytetään myös diskurssin argumentoinnin vahvistuskeinona; lihavuuden ollessa ”sosiaalisestikin vastenmielistä” on helpompaa suhtautua vastaanottavaisemmin myös sen terveyttä koskeviin vaaroihin. Lihavuus representoituinkin ”täydellisenä sairautena”, kuten Paul Campos (2004) huomauttaa. Se vaivaa suurinta osaa ihmisistä, se ei tapa uhrejaan, sitä ei osata hoitaa tehokkaasti, mutta sekä lääkärit että potilaat haluavat siitä eroon (Campos 2004, 41, Kyrölään 2007, 19 mukaan).

Komissaari ei siis esitä juurikaan perusteluja väitteelleen, vaan luottaa asiansa esittämisessä vaikutusvaltaiseen institutionaaliseen puhujakategoriaansa (vrt. Jokinen 1999, 135). Kyseessä on institutionaalinen vallankäyttö, jossa lausuman teho perustuu henkilön institutionaaliseen virka-asemaan, ei henkilöön sinänsä. Komissaarin tehtävänä on vastata Euroopan unionin tasolla terveysasioista, joten hänellä on oikeus, mutta myös velvollisuus ilmoittaa ikävistä tosiasioista. Väite on lähinnä retorinen, sillä väitettä lihavuuden nousemisesta Euroopan unionin suurimmaksi terveysuhkaksi on lähes

mahdotonta todistaa, koska se edellyttäisi hyvin pitkäaikaista ja yksityiskohtaista väestön seuranta tutkimusta päivittäisen fyysisen aktiivisuuden, ruokavalion, elämäntapojen, geenien sekä lukuisten muiden muuttujien suhteen. Väite ei täten huomioi lainkaan ruumiiden yksilöllisiä eroavaisuuksia, eikä tekstissä yksittäisellä Euroopan unionin kansalaisella ole mahdollisuutta puolustautua häntä itseään koskevassa ongelmassa, jonka jokin korkeampi taho on ongelmaksi määritellyt. Ongelman määrittelyssä käytetään spekulatiivista yleistystä, jonka mukaan on olemassa yksi ja yhtäläisesti ymmärretty lihavuus, jonka ”uskotaan” olevan Euroopan unionin suurin terveysongelma.

Lausuma saa voimansa ja oikeutuksensa myös lihavuuden relationaalisesta liittämisestä tupakkaan. Yhteiskunnassamme tupakkaan liitettävät merkitykset terveyttä käsittelevässä kontekstissa ovat hyvin negatiivisia ja tekstissä lihavuus pyritään istuttamaan samaan, yhteisesti jaettuun merkityksmaailmaan. Tupakan haitallisuus terveydelle tunnustetaan yhteiskunnassamme varsin yleisesti ja itsestään selvästi, lihavuuden ollessa pikemminkin muiden kroonisten tautien riskitekijä, joka itsessään ei tapa. Tupakka kuvataan jatkuvana, faktuaalisena ongelmana, jonka vaarallisuus näyttäytyy aktiivisena tappamisena eli toimintana, jossa tupakka ikään kuin ”subjektina kykenee tappamaan”. Puhe tuottaa ajattelmaa, että tupakan terveysvaarat koskettavat vain niitä jotka polttavat, mutta lihavuuden vaarat koskettavat meistä jokaista.

On huomioitava, että lihavuuden terveysuhka ”synnytetään”. Tässä tapauksessa lihavuus ilmiönä on terveysammattilaisten, median ja päättäjien toimesta nimetty ”terveysuhkaksi”. Toimijat ovat tavallaan itse tuottaneet ongelman, johon he nyt kehittelevät ratkaisua eli suunnitelmaa, jolla lähestyvä vaara saadaan torjutuksi, sekä mahdollisesti myös tuhottua lopullisesti. Strategian luomisen oikeutukselle haetaan tukea edellisestä kappaleesta, jossa lihavuus konstruointiin ”nopeasti kehittyväksi uhkaksi”. Kulttuurisen ymmärryksemme kautta tajuamme, että vaaran uhatessa on luonnollista ja oikeutettua puolustautua. Ymmärryksemme olisi koetuksella, mikäli komissaari ei tarjoaisi mitään ratkaisumalleja esittämälleen uhkakuvalle. Lihavuustaistossa Euroopan unioni näyttäytyy hyvää tarkoittavana ja syyttömänä, joka vain pyrkii puolustamaan kansalaisiaan. Näin tehdessään sen toiminta saadaan näyttämään oikeudenmukaiselta. Lihavuus asemoituu puolestaan pelottavaksi hyökkääjäksi, jonka iskun voimakkuudesta ja lamauttavuudesta ei vielä ole tarkkaa käsitystä.

*”Komissaarin mukaan EU laatii parhaillaan **ylipainoisuuden vastaista strategiaa**, joka valmistuu ennen kesää. (...) Kyprianou pitää myös hiv:ta ja tuberkuloosia EU:n terveystyön **olennaisina** kohteina..” (SLL 03/2007)*

Tekstissä lihavuus liitetään hiv:n (Human immunodeficiency virus) ja tuberkuloosin kanssa samaan ”tautiperheeseen”, mutta lihavuuden hoito priorisoidaan sen hälyttävyyden vuoksi jopa tuberkuloosia ja hiv:ä tärkeämpänä. Jos hiv:ä ja tuberkuloosia tarkastellaan historiallisesti, niin näiden sairauksien synnyttämä paniikki ja vaarallisuusaste tarttuvina infektioitauteina on asetettava aivan eri kontekstiin lihavuuteen nähden. Vaarallisuutta korostavien mielikuvien, ja niiden synnyttämisen vuoksi on tehokasta kuitenkin rinnastaa lihavuus samaan kontekstiin hiv:n, tuberkuloosin tai esimerkiksi tupakoinnin kanssa, jolloin käsitteiden merkityssisällöt sekoittuvat ja hämärtyvät ja alkavat elämään rinnakkaisina toistensa kanssa. Kun lihavuus lokeroidaan kuuluvaksi samaan joukkoon pelottavien infektioitautien tai riskialttiin käyttäytymisen kanssa, representoituu lihavuus ja lihava ruumiillisuus jokaisen yksilön potentiaalisena mahdollisuutena altistua ”taudille”, monien jo ollessa taudin kantajia (vrt. Gard & Wright 2005, 174).

Diskurssissa tuotetaan siis todellisuus, jossa lihavuus on objektiivinen fakta ja *tieteellisesti* perusteltu – elämämme vitalisuutta vaarantava riskitekijä. Diskurssissa ruumiillisuus ja sen normaalius – jopa kelpoisuus ihmisenä – pelkistyy numeroihin ja lukuihin; se häivyttää lähes täysin ihmisten subjektiiviset ruumiilliset kokemuksellisuudet. Puhetapa luo myös merkityksiä, jossa lihavuuden oletetaan merkitsevän automaattisesti sairautta ja huonokuntoisuutta: ikään kuin lihava ruumis ei voisi olla terve ja hyvinvoiva. Monimuotoisemman hyvinvoinnin lisääntymiseksi, ylipainoon kohdistuvissa interventioissa tulisi keskittyä yksilön omiin persoonallisiin keinoihin, joilla kohdata ylipainon ”haaste”, kuten Polso (1994) huomauttaa. Kielenkäytöllä ja sen luomilla uhkakuville rajoitetaan – ei pelkästään lihaviin, vaan kaikkien ihmisten liikkumatilaa kehittämällä ihmisiä laihduttamaan ja tarkkailemaan painoa, mutta toisaalta myös asetetaan erikokoiset ihmiset keskenään eriarvoiseen asemaan (vrt. Kyrölä 2007, 55). Lihavuuden kategorisointi pahimmaksi terveysuhkaksi tarkoittaa lihavuuden torjumista inhimillisenä ominaisuutena. Oikeus erilaisiin ruumiillisuuksiin saa moraalisen ulottuvuuden, jossa lihava ruumis on jotain ”vähemmän” tai vastaavasti jotain ”liikaa”.

Seuraavassa sitaatissa lihavuuden ja lihavuustilastojen hälyttävyyden, sekä lihavuuden

terveydelliset haitat iskostetaan kansalaisten mieliin rinnastamalla diabetestilastot lihavuustilastojen kanssa. Diabetes näyttäytyy tällöin lihavuuden väistämättömänä seuraukselta. Esittämistavalla pyritään nostattamaan kaikkien huolta ja viitseliäisyyttä niin omaa kuin lähipiirinkin terveyttä kohtaan: diabetes on torjuttavissa lihavuuden ehkäisyyn tähtäävillä elämäntapamuutoksilla. Tekstin tarkempi tarkastelu paljastaa lihavuutta ja diabetesta kuvaavien tilastojen sekoittumisen eri asiayhteyksissä, jolloin käsitys lihavuuden ja diabeteksen positiivisesta korrelaatiosta näyttää lähes automaattisena.

*”Kansainvälinen diabetesliitto, IDF, ja lihavuustutkijoiden kansainvälinen työryhmä, IOTF, muistuttavat, että diabeteksen ja lihavuuden torjumisessa on jo kiire kautta maailman. Joka kolmannen tänään syntyvän amerikkalaisen ennustetaan sairastuvan tyypin 2 diabetekseen lihavuuden vuoksi. Yhdysvalloissa noin 61 prosenttia 20-74-vuotiaista arvioidaan ylipainoisiksi tai lihaviksi. Diabetes koskettaa nykyään 194:ää miljoonaa ihmistä maailmassa. IDF:n laskelmien mukaan määrä nousee 333 miljoonaan vuoteen 2025 mennessä. Etniset erot lihavuuden määrittelyssä huomioon ottaen jopa 1,7 miljardilla ihmisellä maailmassa on kohonnut riski sairastua liikakiloihin kytkeytyviin ei-tarttuviin sairauksiin. Suurimmat kasvuluvut rasittavat kehitysmaita. - Lihavuuden yleistymisen kautta maailman kasvattaa todennäköisesti diabeteksen esiintyvyyttä nykyisiä ennusteita vieläkin suuremmaksi, IDF:n presidentti, professori Pierre Lefèbvre painottaa.” (SLL 23/2004)*

Ensiksi otteessa ennustetaan joka kolmannen tänään syntyvän amerikkalaisen sairastuvan tulevaisuudessa lihavuuden aiheuttamaan diabetekseen, jonka jälkeen todetaan 61% 20-74-vuotiaista yhdysvaltalaisista olevan ylipainoisia. Ikään kuin nuo kaikki 61% yhdysvaltalaisista olisivat vaarassa sairastua diabetekseen tai sairastaisivat sitä jo. Tämän jälkeen hypätään maailman diabetestilastoihin ja IDF:n synkkiin tulevaisuusennusteisiin, jossa diabetestä sairastavien lukumäärän arvioidaan nousevan 333 miljoonaan ihmiseen vuoteen 2025 mennessä. Tekstissä puhutaan myös 1,7 miljardin ihmisen riskistä sairastua liikakiloihin kytkeytyviin ei-tarttuviin sairauksiin maailmassa. Tilanne saadaan näyttämään siltä, että kaikki diabetesta sairastavat olisivat myös lihavia ja kaikilla lihavilla olisi riski sairastua diabetekseen. Tilanteen laajuutta osoitetaan käyttämällä maailmanlaajuisia tilastoja, joiden laadinnan määrittelystä tai todenperäisyydestä ei ole vakuuttavaa näyttöä. Tekstissä käytetään myös hyvin epämääräisiä ilmauksia kuten, ”1,7 miljardilla ihmisellä maailmassa on kohonnut riski sairastua liikakiloihin kytkeytyviin ei-tarttuviin sairauksiin” tai ”diabetes koskettaa nykyään 194 miljoonaa ihmistä maailmassa”. Väitteet vaikuttavat ennemminkin spekulatioilta ja olettamuksilta, kuin tieteelliseen tietoon perustuvilta, perustelluilta tutkimustuloksilta.

Seuraavissa katkelmissa lihavuusvaaraa representoidaan sen hallitsemattomuudella. Lihavuus kategorisoidaan epidemiaksi, joka ei enää ole hallinnassa vaan on päässyt riistäytymään käsistä koskettaen koko maailmaa. Gardin ja Wrightin (2005 173-174) mukaan mistä tahansa terveysriskistä voidaan käyttää käsitettä ”epidemia”, silloin kun halutaan herättää median huomio asiaa kohtaan tai kun pyritään hankkimaan lisää tutkimusresursseja jonkin ilmiön tarkastelemiseen. Puhumalla lihavuudesta hallitsemattomana epidemiana, tullaan lihavuudesta rakentaneeksi konnotaatioita herkästi leviäviin tartuntatauteihin, jotka leviävät valtoimenaan ja kontrolloimattomina pisaratartuntoina ihmisten keskuudessa. Samalla nämä lihavuuteen liitetyt terveydelliset uhkakuvat pönkittävät mielikuvaa normiruumiin turvallisuudesta ja selvärajaisuudesta, vaikka muuttuvuus ja arvaamattomuus kuuluvat kaikkien ruumiiden ominaisuuksiin (Kyrölä 2007, 52).

*”**lihavuus on epidemian lailla päässyt riistäytymään käsistä** niin Suomessa kuin muualla maailmassa. Suomalaisista miehistä 66 % ja naisista 49 % ovat vähintään lievästi lihavia. (...) Nuorten aikuisten ja vähiten koulutettujen lisäksi muita lihomiselle alttiita riskiryhmiä ovat odottavat äidit, nuoret perheet, liikapainoisten vanhempien lapset, tupakoinnin lopettaneet ja vähän liikuntaa harrastavat. (...) Perusterveydenhuollolla on keskeinen rooli **suuren riskin yksilöiden tavoittamisessa**. Koko väestön painokäyrien kääntämiseksi laskuun tarvitaan yhteiskunnan eri tahojen yhteistyötä.” (SLL 8/2004)*

*”On selvää, että **ylipainoepidemian** pysäyttämiseksi päävoimavarat pitää kohdentaa ehkäisevään työhön (...) ” (SLL 1-2/2008)*

Diskurssissa lihavuuden olemusta tai sen vaikutuksia ei eksplisiittisesti määritellä, vaan lihavuusvaaran olemassaolon perusteluina esitetään prosentuaalisia osuuksia lihavuuden kasvuluvuista. Näiden lukujen tarkoituksena on havainnollistaa ”sairaiden” määrää, sekä samalla häivyttää lukujen takana olevan ihmismassan heterogeenisyys. Katkelmassa ei edelleenkään perustella sitä, miksi meidän tulisi välttyä lihavuudelta tai mikä on tämä epämääräinen lihavuusvaara, jonka on väitetty riistäytyvän käsistä. Lihavuuden yleisyyden todetaan kehittyneen äärimmäiseen pisteeseen, jota havainnollistavat muun muassa seuraavat voimakkaat retoriset ilmaukset kuten ”epidemia”, ”hätkähdyttää”, ”hälyttävää”, ”riistäytyä”, ”hallitsematon” ja ”ylipaino uhkaa vakavasti”. Sanamuodoilla ja lauserakenteilla korostetaan elämäntapojen haavoittuvuutta lihavuusuhkan vaaniessa, sekä elämänpiirin alttiutta ajautua kontrolloimattomuuden tilaan. Lihavuuden ja lihomisen voidaan nähdä rikkovan hallittavuuden illuusiota, joka muistuttaa siten ruumiin kuolevaisuudesta ja arvaamattomuudesta (Kyrölä 2007, 52).

*”Nuorten nopea lihominen **hätkähdyttää**. (otsikko) Nuorten lihavuuden yleistyminen on jo **hälyttävää**. Tässä Lääkärilehden numerossa julkaistaan tuoreita tuloksia, joiden mukaan lasten ja nuorten ylipaino ja lihavuus näyttävät olevan varsin **pysyvä tila** (s. 4231-5). Tämän tulisi **herättää** terveydenhuollon päättäjät.” (SLL 42/2005)*

*”Lihavuuden **ehkäisyyn ja tehokkaiden hoitojärjestelmien kehittämiseen pitäisi panostaa nyt**. Muutoin lihavuus yleistyy entisestään ja **ongelmasta tulee hallitsematon**.” (SLL 42/2005)*

Lihavuuden pelottavuusvaikutusta korostetaan viittaamalla erityisesti lapsiin ja nuoriin, jolloin ennakoitaan lapsille lihavuudesta tulevaisuudessa koituvia haittoja. Tulevaisuuteen viittaamisella on Sara Ahmedin (2003, 192) mukaan keskeinen merkitys uhkakuvien tuottamisessa. Pelon tunne kohdistuu tulevaisuuteen, kytkeytymällä sellaisen haitan odotukseen, joka ei ole vielä toteutunut, mutta joka voi osua omalle kohdalle tulevaisuudessa (emt.). Korostamalla tulevaisuutta, laajennetaan samalla hallinnan alaiseksi asetettavaa joukkoa. Lihavuuden uhka ei koske vain niitä, jotka jo määritellään lihaviksi, vaan mahdollisesti myös niitä, joita ei ole vielä määritelty lihaviksi. (Kyrölä 2007, 68.) Pelko on siis ulottuvuus, jolla diskurssissa väestöä ohjailaan ja hallitaan.

*”**Suomalaisnuorten ylipainoisuus on kolminkertaistunut viimeksi kuluneiden 25 vuoden aikana**. Ylipainoisten 12-18 -vuotiaiden osuus on lisääntynyt 7 prosentista noin **20 prosenttiin**. - Lihavoitumiskehityksen **kansanterveydelliset seuraukset ovat vakavat**, varoittaa professori Pekka Puska Kansanterveyslaitokselta. (...) **Lihavoitumistrendi on maailmanlaajuinen ja koskee aikuisia, nuoria, lapsia niin teollistuneissa maissa kuin kehitysmaissa**. -Teollistuneissa maissa on menossa ikään kuin trendin toinen aalto, jossa **ylipaino uhkaa vakavasti myös lapsia**, Puska varoitti” (SLL 13.05.2005)*

Riskin faktuaalistamisen diskurssissa lihavuudesta siis pääsääntöisesti puhutaan epidemiana. Gardin ja Wrightin (2005, 16-36) analyysiin tukeutuen rohkenen väittää, että käyttämällä sanaa ”epidemia” onnistutaan lihavuusilmiön ympärille lietsomaan ylimääräistä pelkoa ja paniikkia, sekä synnyttämään mielikuva riskistä, joka koskettaa ”jokaista kaikkialla”. Erityisesti massamediassa käytäntö sekoittuu tieteelliseen ammattikieleen ja maalaisjärkeen, jotka yhdessä muodostavat yleistyksiä esimerkiksi siitä, miten koko modernista länsimaisesta kulttuurista puhutaan ”lihavuusepidemian” kontekstissa. Lihavuusepidemia herättää myös assosiaatioita muihin infektiosairauksiin, legitimoiden samalla nopeiden toimenpiteiden ja yhteiskunnallisten interventioiden välttämättömyyden ”taudin” leviämisen estämiseksi. (Emt., 174.) Gard ja Wright menevät

kritiikissään jopa niin pitkälle, että väittävät lihavuusepidemian olevan pikemminkin tiettyjen oikeina pidettyjen kulttuuristen uskomusten, ”totuudenkaltaisen” tiedon ja ideologisten väittämien rakennelma, kuin ”luonnollinen” ilmiö (emt.).

Samalla kun lääketiede määrittelee lihavuuden maailmanlaajuisesti terveysuhkaksi ja lihavuusepidemiaksi, se asemoi itselleen legitimitetin puuttua yhteiskunnalliseen lihavuuskeskusteluun ”terveyden nimissä”. Tällainen poliittis-rationaalinen kontrolli saa moraalisen muodon, jossa lääketiede perustelee elämäntapoihin puuttumista *yhteiskunnan turvaamisen* tai *elämänlaadun vaalimiseen* vetoamalla (Rose 1999b, 26-27). Elämänlaadun parantaminen on moraalinen ja rationaalinen perustelu, joka yhdistettynä lääketieteen asiantuntijuuteen ja kvantifioivaan esittämistapaan mahdollistaa medikaalisen kontrollin laajentumisen ja populaation tehokkaan hallinnan (vrt. Rose 1999a, 6). Kvantifiointi on siis keino saada kansalaiset, valtio ja päättäjät uskotelluiksi lihavuusvaaran kaikenkattavuudesta; lihavuus voidaan määritellä yhdellä yleisellä mittarilla kaikkia koskeväksi, samankaltaisia ja yhteisesti jaettuina merkityksiä käsittäväksi vaaralliseksi ongelmaksi.

### **Uhkana syrjäytyminen ja elämänlaadun heikkeneminen**

Riskin faktuaalistamisen diskurssissa lihavuuden ”kouriintuntuvuutta” tuotettiin myös siten, että lihavuus ja paino representoitiin syrjäytymisen, toiseuden ja heikko-osaisuuden symboleiksi. Suomen Lääkärilehden teksteissä tämä kuvattiin siten, että painonhallinnan epäonnistuminen liittyi ongelmiin myös yleisessä elämäntavassa, jota ilmensi erityisesti tilastollinen evidenssi lihavuuden ja syrjäytymisen, sekä heikon sosioekonomisen aseman suhteen. Lihavuus saattoi näyttäytyä siten elämäntavojen epäsymmetrian osoittajana, poikkeavan ja normaalin rajan vahvistajana, jossa terveen ja hoikan ruumiin ideaali, hyvinvointi ja tasapainoinen elämä yhdistyivät hallitun, turvallisen ja tavoiteltavan elämäntavan mittapuuksi. Samalla painonnousun ehkäisy näyttäytyi eräänlaisena vakuutuksena huono-osaisuutta vastaan.

*”Painonnousun ehkäisy on tehokkain ja usein ainut keino vähentää lihavuuteen liittyviä ongelmia (...) mikäli paino ei keski- iässä nouse, elämänlaatu pysyy todennäköisesti hyvänä myös vanhempana. Erityisen tärkeää on miettiä toimintamuotoja, joilla tavoitetaan työelämän ulkopuolella olevat, alempiin sosiaaliryhmiin kuuluvat ja erilaiset marginaaliryhmät, joilla resurssit painonhallintaan ovat usein rajalliset ja lihomisen riski tyypillisesti suuri” (SLL*



*”Ongelmana on, että väestö on polarisoitumassa elämäntapojen suhteen. Aktiiviset ja elämäänsä tyytyväiset voivat hyvin ja jaksavat huolehtia terveydestään. Syrjäytymässä olevat eivät välttämättä liiku, syövät epäterveellisesti ja lihovat. Elämönhallinta heijastuu kauttaaltaan hyvinvointiin ja selviytymiseen.” (SLL 33/2001)*

Katkelmissa tuotetaan dikotomista ajatusta aktiivisista, hyvinvoivista, terveistä ja osallistuvista kansalaisista, vastakohtanaan syrjäytyvät ja lihovat, inaktiiviset kansalaiset. Jos väite luokitteluiden selkeärajaisuudesta ja itsestänselvyydestä otetaan annettuna, tuotetaan tällöin stigmatisoituja syrjiviä käytäntöjä eritoten niitä kohtaan, jotka ovat ylipainoisia, mutta aktiivisia, liikkuvat ja voivat hyvin. Puhunnassa olisi siten huomioitava painokkaammin se, ettei paino ole ratkaiseva elementti, joka yksiselitteisesti jakaa ihmiset hyvinvoiviin ja syrjäytyviin, vaan että vaikutukset hyvinvointiin määrittyvät yhteiskunnallisten ja subjektiivisten kokemusten kokonaisvaltaisessa vuorovaikutuksessa. Mikäli lihavuuden stigmaan halutaan lyödä murroksen kiila, sekä oikeasti rikkoa lihavuuden psykososiaalisia vaikutuksia, on diskursseissa päästävä eroon painoon sidotuista hyvinvoinnin indikaattoreista. Jos näin ei tehdä, painon on taipumuksena itsessään merkityksellistyyä hyvinvoinnin osoittajaksi ja silloin myös ihmiset, jotka yli- tai alipainosta huolimatta tuntevat itsensä hyvinvoiviksi, alkavat nähdä itsessään ”vikoja”.

Kun painonnousu ja lihavuus, sekä siihen liittyvät ongelmat lähtökohtaisesti – kuten aineistossani – määritetään ongelmaksi, on tuolloin lihavuuden ennaltaehkäisy ilmeisen tehokas ongelman torjuntakeino ja ratkaisu. Tällöin lihavuuden, kuten muidenkin ongelmiksi määriteltyjen ilmiöiden ehkäisystä ja torjumisesta tulee yhteiskunnallisesti normatiivista, hyveellistä ja tavoiteltavaa, jolloin normien ”rikkominen” pikemmin vahvistaa sääntöä, kuin murtaa sitä. Normaalipainoon tähtäämättömät ylipainoiset, oman kehon ”hyväksyjät” määrittyvät moraalittomiksi suhteessa normaaliuteen tähtääviin ja tällä tavoin korostavat painontarkkailijoiden käyttäytymisen erinomaisuutta. Jotta toiseuttaminen ja ahdistuneisuus omaa kehoa kohtaan saataisiin vähentymään, on pyrittävä pois normittavasta ja paino-ongelmakeskeisestä puhetavasta, jossa ylipainon ehkäisy, eli normaaliuden tavoittelu nähdään ensisijaiseksi ratkaisuksi elämönhallinnan ongelmiin. Laihduttaminen ja normaalipainoisuus voi olla ratkaisu esimerkiksi yksilön psykososiaalisiin ongelmiin, mutta se ei muuta erilaisiin ruumiillisuuksiin kohdistuvia kulttuurisia asenteita suvaitsevaisemmiksi. On muistettava, että usein nämä yksilöllisinä

pidetyt psykososiaaliset ongelmat on tuotettu normittavien yhteiskunnallisten valtakäytäntöjen ohjaamana, joissa ihmisen vapaus olla erilainen ei toteudu täysivaltaisesti.

Kaikkein suorasanaisimmin painon nähtiin jopa selittävän alhaista sosioekonomista asemaa; teesin mukaan alhainen sosioekonominen asema ”on lihavuuden seurausta”. Kommentti on hyvin yksinkertaistava ja yleistävä. Joissakin tilastollisissa tapauksissa väite voi pitää paikkansa; alhaisessa sosioekonomisessa asemassa olevat ovat tilastollisesti lihavampia, kuin korkeassa sosioekonomisessa asemassa olevat. Mutta miten on perusteltavissa, että lihavuus – tilastollisesti merkittävällä tavalla – olisi itsessään syy alhaiseen sosioekonomiseen asemaan? Mitään biologisperäistä todistetta esimerkiksi siitä, että lihavuus alentaisi älykkyyttä, ei ole pystytty esittämään. Näkemykseni mukaan lihavuus voi olla syynä alhaisempaan sosioekonomiseen asemaan lähinnä lihavuuteen liitettävän sosiaalisen stigman vuoksi. Työelämän johtopaikoille haetaan ihmisiä, jotka näyttävät treenatuilta, itsevarmoilta ja edustavilta, eikä lihaviin yleensä ajatella täyttävän vaadittuja kriteerejä.

*”Alhaista sosioekonomista asemaa on usein pidetty lihavuuden syynä, mutta tanskalainen professori Thorkild Sørensen esitti oman näkemyksensä asiasta: **alhainen sosioekonominen asema saattaa myös olla seuraus lihavuudesta**. Sosioekonomista asemaa voitaisiin Sørensenin mukaan kenties kuvata regressiolla, jossa **ennustavina muuttujina ovat älykkyys, koulutus ja painoindeksi**.” (SLL 27/1995)*

Lihavuuteen johtavien syiden sijasta on mielekkäämpää pohtia mitä vaikutuksia tällaisella väitteellä voi olla. Jos teesi lihavuuden vaikutuksesta alhaisen sosioekonomisen aseman määräytyvyyteen otetaan laihduttamista tukevan argumentoinnin pohjaksi, vahvistetaan tällöin lihavuuden stigmaa entisestään. Kun lihavuus määrittää alhaisen sosioekonomisen aseman tai jopa syrjäytymisen syyksi, tulee silloin ihmisen mahdollisesta huono-osaisuudesta yhä selkeämmin yksilön ongelma. Tällöin myös rakenteelliset tekijät, ympäristö ja epätasa-arvoiset olosuhteet tulevat sivuutetuiksi. Yhteiskunta voi toki politiikallaan vaikuttaa syyhyn eli lihavuuteen, mutta viime kädessä ongelmasta vastaa yksilö. Kielenkäytöllä on tapana myös totunnaistua asiantuntijapuhuntaa laajemmin yleiseen popularistiseen diskurssiin, jossa ilmiön negatiivisuutta entisestään uusinnetaan ja yleistetään. Lihavat ja korkeassa sosioekonomisessa asemassa olevat (monesti naiset) eivät sovi kovinkaan usein uutisjuttujen kohteeksi ”positiivisessa mielessä”, mutta sen sijaan lihavat päätyvät usein syrjäytyvien ja varattomien elämäntilanteiden keulakuviksi.

Tulkintani mukaan lihavuuden ja alhaisen sosioekonomisen aseman tai syrjäytymisen välinen yhteisvaikutus on siis selitettävissä pikemminkin lihavuuteen liitettävillä kulttuurisilla, kuin biologisilla vaikutuksilla. Lihava ruumis voi toki asettaa fyysiset esteensä tietynlaiselle toiminnalle, mutta samalla tavalla ruumiin liiallinen hoikkuus asettaa itselleen fyysiset rajoitteensa. Pärjääminen ja (taloudellinen)menestyminen nykyisessä kilpailuyhteiskunnassa vaatii tietynlaista persoonallisuutta, itsekuria ja luonnetta, jotka muodostuvat ympäristön, sekä tietenkin myös yksilöllisten biologisten ominaisuuksien yhteisvaikutuksesta. Painosta riippumatta, näitä vaadittavia ominaisuuksia pystyy myös kehittämään, mutta väitän että usein tietyt positiiviset ominaisuudet liitetään kuuluvaksi normaalipainoon tai normaalilta näyttävään ruumiiseen, negatiivisten ominaisuuksien kiinnittyessä vastaavasti lihavaan ruumiiseen.

### **6.1.2 Psykologinen diskurssi**

Tunnistin aineistosta medikaalista diskurssia tukevan, yksilön itsehallintaa ja sen psykologista ulottuvuutta huomioivan puhettavan. Käytän puhettavasta nimitystä psykologinen diskurssi, koska diskurssissa mietitään medikaalisen kontrollin opastamana eräänlaisia itsensä työstämisen keinoja, eli minätekniikoita (vrt. Foucault 1983, 212). Kuten riskin faktuaalistamisen diskurssissa, niin myös psykologisessa diskurssissa asiantuntijoiden vaikutus ja asema terveyttä koskevan tiedon esittämisessä näyttäytyy hegemonisena. Tämän valtasuhteen puitteissa ja ohjaamana subjektit pyrkivät tekemään itsestään ”kuuliaisia” ruumiita ja hyviä kansalaisia. Diskurssissa keskitytään suoraan yksilöön ja yksilön mielen maailmoihin. Asiantuntijoiden välityksellä yksilön ”mielen maailmoja” pyritään hallitsemaan ja muuttamaan tiettyyn suuntaan.

### **Muutoksen pohjana ”tunnustaminen”**

Psykologisen diskurssin vaikuttavuuden elinehto on saada lihavat ihmiset vastaanottavaisiksi, eli saada ylipainoiset houkutteluiksi tasavertaiseen keskusteluun lihavuudesta. Seuraavat otteet ilmentävät tilannetta, jossa asiantuntijoiden tulee kyetä luomaan lihavissa ihmisissä psykologinen tunne siitä, että huolimatta heidän näkyvästä fyysis-sosiaalisesta ongelmasta, lihavat ovat tasavertaisia ihmisiä. Vaikka tilanne vastaa lähtökohdiltaan hierarkkista auktoriteetti/maallikko käytäntöä, on lihavat saatava

vakuuttamaan, että lihavuudesta puhutaan ylipainoisen ihmisen ehdoilla. Tässä kohtaa lihaviin syyllistämisen tai suututtaminen on varma keino saada lihavat vastustamaan elämäntapamuutosta, eli heidän normaalittamistaan. Lähtökohtaisesti diskurssi ylläpitää ajatusta lihaviin ihmisten luonnollisesta tavoitteesta laihtua tai laihduttaa (Harjunen 2007, 207).

*”Lääkärin vastaanotto on tavallista tehokkaampi paikka terveysneuvonnalle. Potilas on vastaanotolla yleensä altis terveysasioille ja lääkärin auktoriteetti lisää sanoman painoarvoa.” (SLL 34/2000)*

*”Yhteiskunnassa lihavuuteen suhtaudutaan negatiivisesti, minkä seurauksena monet lihavat ihmiset ovat kokeneet ympäristön taholta huomauttelua, nimittelyä tai pilkkaa. Siksi lihavuus on syytä ottaa puheeksi tavallista hellävaraisemmin. Erityisen tärkeää on, että potilas kokee lääkärin suhtautuvan häneen kunnioittavasti lihavuudesta huolimatta.” (SLL/23/2008)*

Edellisissä otteissa tavoitteena on saada keskusteluyhteys autettavan, eli lihavan ihmisen ja auttajan, eli lääkärin välille. Tekstissä tuotetaan todellisuus, jossa molempien edellä mainittujen osapuolten oletetaan jakavan yhteinen ymmärrys totuudesta, eli potilaalla olevasta lihavuusongelmasta ja siihen sisältyvistä terveysriskeistä. Ymmärrystä tukee yhteinen kulttuurinen käsitys, jonka mukaan ruumiissa olevan ylimääräisen rasvan ajatellaan tunnustavan ruumiin patologisuuden. Potilaan on kuitenkin ensin *tunnustettava* ruumiinsa patologisuus itselleen, mutta myös lääkärille, jotta potilaan muutosprosessi – medikaalisia tekniikoita hyödyntäen – saataisiin käyntiin (vrt. Murray 2009, 82).

Teksti myös rakentaa ajattelman, että potilas identifioituu ongelmaansa, eli apua tarvitseväksi lihavaksi ihmiseksi, joka haluaa löytää keinoja pudottaa painoaan ja tulla sitä kautta hyväksyttävämmäksi jäseneksi yhteisössään. Tässä kohtaa oletus lihavuuteen liitetystä häpeällisyyden tunteesta ja sosiaalisesta paineesta tekee lihavuudesta puhumisen kuitenkin ongelmalliseksi. Lääkäri pyrkii lieventämään potilaan kokemaa häpeätunnetta sillä, että hän pyrkii osoittamaan kunnioitusta potilasta kohtaan – huolimatta tämän lihavuudesta. Toteamus samalla rakentaa todellisuutta, jossa lihavuus tai mikä tahansa ”poikkeavuus” voisi toimia potilaan kunnioittamattomuuden perusteena. Lihavan täytyy siis kyetä tuntemaan mitä on olla lihava ja epäkunnioitettu, jotta voisi kokea olevansa myös kunnioitettu – lihavuudesta huolimatta. Vaikka lääkärin vastaanotolla näyttäytyvä käytäntö on potilaita normittavaa, niin se perustuu lääkärin eettiseen velvollisuuteen. Lääkäri kokee toimivansa moraalisesti ja ammattietiikkaansa noudattaen, jonka mukaan hän suojaa

ihmiselämää ja edistää terveyttä<sup>23</sup>, eli toimii lihavan ihmisen ”auttajana”.

*”Moni ammattilainen kokee laihduttamisesta puhumisen turhauttavana, kun ylipaino tuntuu istuvan potilaassa tiukemmin kuin tauti. - **Kannattaisi oikein harjoitella puheeksiottoa tyylillä, joka ei syyllistä eikä suututa ylipainoisia ihmisiä.**” (SLL 22/2002)*

Psykologinen diskurssi ei pyri romuttamaan lihavuuteen liitettäviä negatiivisia yhteiskunnallisia asenteita, eikä diskurssissa lavenneta erilaisten ruumiiden mahdollisuuksia olla yhtä arvokkaita, vaikka lääkärikunnalla olisi tähän oiva mahdollisuus. Päinvastoin diskurssissa on pyrkimys normaalistaa lihavia ihmisiä psykologisesti rohkaisevalla ja motivoivalla puhetavalla, jossa yksilöiden itsereflektion ja itsehallinnan (vrt. Rose 1999a; b) keinoin on tarkoitus sisäänrakentaa ihmisiin painonhallintaan ja laihduttamiseen motivoivia käyttäytymismalleja. Tästä havainnollistavia esimerkkejä seuraavassa:

*”Hellävaraisessa keskustelun avaamisessa ei ole kysymys pelkästään hyvien tapojen noudattamisesta, vaan se **vaikuttaa potilaan motivoitumiseen painonhallintaan.** 'Painoindeksinne on 32, joten teillä on merkittävä lihavuus' ei ole hyvä alku keskustelulle. Toteamus on **lääketieteellisesti oikein**, mutta potilaasta voi tuntua, että hänet on taas kerran luokiteltu siihen lihaviin ja heikkotahtoisten ihmisten ryhmään. (...) **Varminta on, että lääkäri ei itse kerro potilaalle hänen olevan lihava. Avoimella neutraalilla kysymyksellä voidaan potilas saada itse toteamaan ylipainonsa. Samalla potilas ilmaisee, että aiheesta voidaan puhua. Hän tavallaan antaa lääkärille luvan keskustella ylipainosta.** (...) Avoin kysymys alkaa yleensä sanalla mitä, miten tai kuinka..Tässä yhteydessä neutraali tarkoittaa, että lääkärin kysymyksessä ei ole arvoväritteisiä sanoja, kuten 'läski' tai 'kaljamaha'. Myös sanaan '**lihavuus**' liittyy negatiivisia mielikuvia. '**Ylipaino**' on lähempänä neutraalia, mutta yleensä se voidaan korvata sanalla '**paino**', johon ei liity mitään arvolatauksia.” (SLL/23/2008)*

Edellinen ote rakentaa mielikuvaa psykologin vastaanotosta, jonne potilas saapuu työstämään häntä itseään koskevaa ongelmaa, johon kuitenkin sisältyy vahva sosiaalisen leimautumisen ja häpeän pelko. Lääkäri näyttäytyy tilanteessa kuuntelijana ja psykologina, jonka tehtävänä on neutraalien kysymysten kautta auttaa potilasta ongelman itsetyöstämisessä. Tärkein ydin potilaan muuttamiseen on potilaan ongelman itseoivallus tai tiedostaminen, jonka jälkeen vasta itse ongelmaan voidaan alkaa yhdessä kartoittaa ratkaisumalleja. Potilaan motivoimisen takeeksi, teksti yrittää rakentaa sosiaalipsykologista metodia, jossa lihava ihminen irrotetaan negatiivisesta sosiaalisesta stigmasta. Toisin sanoen lääkäri yrittää löytää sellaisia psykologisia keskustelunavauskeinoja, joissa lihava

---

23 Lääkärin eettiset ohjeet: [http://www.laakariliitto.fi/etiikka/liiton\\_ohjeet/eettinen\\_ohje.html](http://www.laakariliitto.fi/etiikka/liiton_ohjeet/eettinen_ohje.html)

ihminen ei lihavuutensa takia tuntisi itseään moraalisesti rappeutuneeksi, laiskaksi, sairaaksi, rumaksi tai elämänhallinnassaan epäonnistuneeksi (vrt. Bordo 1993b, 193; Harjunen 2004b, 244-246). Vuorovaikutuksen käytännöillä – olivatpa ne suoria tai epäsuoria interventioita – tähdätään siihen, että potilas ryhtyisi pudottamaan painoaan ”omasta tahdostaan”.

On myös mielenkiintoista huomata kuinka potilaskohtaamisissa kehoitetaan käyttämään sanaa ylipaino sanan lihavuus sijasta, koska lääketieteen asiantuntijan mukaan sana ylipaino merkityksellistyy kaikkein neutraaleimmin. Sanaan ylipaino sisältyy kuitenkin hyvin vahva arvolatautuneisuus, sillä siinä ruumis määrittyy ensisijaisesti painon perusteella normaaliksi tai poikkeavaksi. Lääketieteellinen ylipainon määrittäminen näkee siten ylipainoisen ruumiin epänormaalina ja muutettavana, koska kehon paino kertoo ruumiissa olevan jotain ”ylimääräistä” tai vastaavasti jotain ”liikaa” (Harjunen & Kyrölä 2007, 15-16). Puhetapa on sosiaalista todellisuutta normittavaa, jossa jokaisella ruumiille, sosiokulttuurisista eroista huolimatta, on löydettävissä yhteinen, normaali paino. Tällainen lähestymistapa ei yhteiskuntatieteellisen lihavuustutkimuksen näkökulmasta ole mielekästä, koska monesti yhteiskuntatieteellisessä lihavuustutkimuksessa ruumis nähdään kulttuurisidonnaisen merkityksellistymisprosessin tuotoksena. Yhteiskuntatieteellinen lihavuustutkimus käyttääkin sanaa lihava sanan ylipaino sijaan, pyrkimyksenä irrottautua arvottavasta kielenkäytöstä (emt.). Tällä halutaan ensinnäkin erottaa ruumista normittavasta normaali/epänormaali -luokittelusta, sekä toisaalta pyritään myös hyväksymään ruumiiden luonnollinen erilaisuus, tarkoittaen että yhtä ”oikein” on olla laiha kuin lihava.

### **Minäkuvan vahvistamien**

Psykologinen diskurssi vaikuttaa neutraalilta ja yksilöiden halut huomioon ottavalta, mutta todellisuudessa puhetapa kontrolloi väestön ruumiillisuutta yhteiskunnassa minuuden tekniikoiden avulla, joissa yksilöiden identiteettiä suositellaan tai suostutellaan muutettavaksi haluttujen päämäärin saavuttamiseksi (vrt. Foucault 1980; 1982). Puheen päämääränä on näin tuottaa itsekontrolloituja identiteettejä, jotka ovat sisäistäneet hyveen normiruumiin tavoittelemisesta.

*”Elämäntapamuutoksia vaikeuttavat psykologiset tekijät, kuten mieliala ja tunnevaihtelu, osataan tunnistaa aikaisempaa paremmin ja siten tukea muutoksia. On oivallettu, että lääkäri ei pelkästään jaa tietoa siitä, mitä pitäisi syödä, vaan tärkeämpää on motivoida potilasta muutokseen. Potilaan omia näkemyksiä on pyrittävä hyödyntämään hoidon suunnittelussa sekä tukea pieniäkin viitteitä omatoimisuudesta tai oma-aloitteisuudesta.” (SLL 6/2007)*

Kun tavoitteena on painonhallintaan tähtäävä elämäntapamuutos, on ensiarvoisen tärkeää opetella tunnistamaan ja käsittelemään itsekontrollia uhkaavia tunteita. Edellinen katkelma osoittaa kuinka psykologisessa diskurssissa elämäntapamuutos tehdään mahdolliseksi järkipäristämällä ja alistamalla ihmisen yksilölliset irrationaaliset tunteet ”konemaisen” (Gard & Wright 2005) ruumiin palvelukseen. Keskeisin ajatus näyttää olevan, että jokainen fyysinen muutos materiaalisessa ruumiissa tuottaa myös ”parannuksen” henkisessä mielentilassa. Tässä itsetiedostamisprosessissa lääkäri toimii henkisenä mentorina, jonka asiantuntemus on pohjana oikeaoppiselle muutokselle. Lääkäri tukee ja kannustaa potilasta muutokseen, mutta motivaatio elämäntapamuutokseen ja minuuden kontrollointiin on lähdettävä *itsestä*. Esimerkiksi ylimääräiseen syömiseen johtavia tunteita on pystyttävä analysoimaan ja tälle niin sanotulle ”tunnesyömiselle” on luotava vaihtoehtoisia, moraalisempia ratkaisumalleja.

*”[L]ihavuuden hoidon lähtökohtana on lapsen ja perheen oma näkemys lihomisen haitallisuudesta ja motivaatio hoidon aloittamiseen. Koska lihavuuteen liittyvät välittömät terveyshaitat ovat suurelta osin psykososiaalisia, tulee hoitoon liittää lapsen ja perheen tukeminen ja minäkuvan vahvistaminen riippumatta siitä, onnistutaanko lihavuutta vähentävässä hoidossa vai ei.” (SLL 12/1995)*

Psykologisessa diskurssissa tullaan vahvistaneeksi käsitystä, jonka mukaan lihavuus johtuu ihmismielen vaikeudesta vastustaa itsessään ilmeneviä psykologisia mielihaluja. Tämä käsitys tukee kulttuurisen rapautumisen diskurssia, jossa kapitalistinen markkinatalous koettelee ihmisen itsekontrollin kestävyyttä luomalla uusia mielihaluja. Lihavuus saattaa siten symboloida yksilön vääränlaisia, tunteiden ja mielihalujen käsittelemisen taitoja sekä itsekontrollin puutetta. Lääkärin on varottava sitä, ettei potilas koe itseään liiallisen moralisoinnin kohteeksi, koska tällöin lääkäriin on entistä vaikeampi motivoida ”syytöksistä” loukkaantunutta potilasta elämäntapamuutokseen ja minäkuvan työstämiseen. Asiantuntijan on tuettava lihavan ihmisen itsetunnon työstämistä tämän omilla ehdoillaan, liittämällä pieniä elämäntapamuutoksia osaksi lihavan uutta ja parempaa minäkuvaa. Parannukset ruokavaliossa ja menetetyt kilot vaa'alla merkityksellistyvät

positiivisuutena, eli erotuksena aikaisemmasta negatiivisesta ja lihavammasta minästä.

*”Vahva itsetunto on keskeinen suojaava tekijä. Sen rakentaminen on luonnollisesti pääasiassa vanhempien vastuulla. Mutta myös muut **aikuiset voivat vahvistaa omassa roolissaan lasten itsetuntoa**, olkoonpa se rooli mikä hyvänsä. **Pienetkin asiat, sanat ja teot, ovat merkityksellisiä. Muistammehan me aikuisetkin meille lausutut aidot kohteliaisuudet ja vilpittömät kehusanat läpi elämän.** Manna ne ovat myös lasten ja nuorten korville.” (SLL 38/2000)*

*”Terveystieteiden ammattilaisilla on alati mahdollisuuksia **asiakaslapsen itsetunnon vahvistamiseen.** Vastaanotot, määrääaikaistarkastukset, hoitotoimenpiteet, yksilö- ja yhteisötason valistus ja muu kanssakäyminen tarjoavat mahdollisuuksia siihen.” (SLL 38/2000)*

Edellisissä otteissa lasten itsetunnon uskotaan paranevan esittämällä lapselle kehuja ja kohteliaisuuksia. Mikä tämän kehumisen ja itsetunnon vahvistamisen perimmäinen tarkoitus loppujen lopuksi on? Tuleeko lasta kehua painosta riippumatta vai siitä riippuen ja esitetäänkö kohteliaisuuksia ja kehuja vain sellaisista käyttäytymisen muutoksista, jotka tukevat laihtumista ja elämäntapamuutoksia? Mielestäni kehumisen ja lapsen minäkuvan vahvistamisen perimmäisenä tarkoituksena on ennaltaehkäistä lihavuutta ja kannustaa lasta laihtuttamaan. Mutta miten liHAVAN lapsen itsetunto paranisi kehuilla, kun samaan aikaan esitetään lapsen elintapojen vaativan muutoksia, jotta voitisiin saavuttaa tietty ”normaalius”. Tällaiset normipainoon tähtäävät tekniikat voivat päinvastoin lisätä henkisen pahoinvoinnin ja epävarmuuden määrää suhteessa itseen ja ruumiiseen, kuten Beausoleil (2009, 93) huomauttaa. Biolääketieteen jatkuva kehitys siirtää luonnollisen ja normaalin rajoja yhä kauemmas, jonka vuoksi yksilö voi kehittää vitaalisuuttaan lähes loputtomiin. Tällöin ruumiin normaaliudesta itsessään tulee saavuttamatonta, mutta ruumiin jatkuvasta parantamisesta tulee normaalia.

*”Vaikka lihavuus, anoreksia ja bulimia luokitellaan eri tautipääloukkuihin, niiden hoidoista löytyy yhteisiä nimittäjiä, jotka voidaan tulkita **suojaaviksi tekijöiksi.** **Terapioissa korostetaan terveellisten elintapojen ohella muun muassa itsetunnon vahvistamista, perheenjäsenten välisen avoimuuden lisäämistä ja suorituspainotteisen elämän tasaamista.**” (SLL 38/2000)*

Laihduttaminen ja laihuus representoituu konventionaalisesti positiivisena, itsetuntoa kohentavana asiana, lihomisen merkityksellistyessä negatiivisesti. Tätä taustaa vasten tekstissä rakentuu ajatus, kuinka lihavuus merkitsee lähtökohtaisesti itsetunnon heikkoutta, sekä ongelmia perheen vuorovaikutus- ja sosiaalisissa taidoissa. Lihavuuden



psykososiaaliset vaikutukset merkityksellistyvät lapsessa negatiivisiksi ja itsetuntoa heikentäviksi, jolloin ratkaisu minäkuvan vahvistamiseen löytyy laihduttamisesta. Lasten ja vanhempien on myös todennettava puutteet perheen arjessa, jolloin samalla tehdään sopimus laihduttamisen ja elämäntapamuutoksen aloittamisesta. Kun lapsi ja hänen perheensä tekevät pieniä, merkitykseltään positiivisia elämäntapamuutoksia, muodostuu itsetuntoa vahvistava hyvinolontunne juuri siksi, että kykenee tekemään *hyvinä pidettyjä* ratkaisuja. Kun valintojen seurauksena tapahtuu ruumiin hoikistumista, syntyy illuusiomainen kuvitelma siitä, että hoikistuminen on itsessään syynä minäkuvan kohentumiseen. Hyvinolontunne saattaaakin itseasiassa johtua *hyvinä pidetyistä* elämäntavallisista ratkaisuista, eli siitä, että on sisäistänyt terveyden normin.

Diskurssissa lääketieteen representoima lihavuus näyttyy siten puutteellisena subjektiutena. Ajatusta tukee Harjusen (2007, 205-227) tutkimukset naisten lihavuuskokemuksista, joiden mukaan lihavuus on eräänlainen ”välitila”, estäen osaltaan lihavuuden kokemisen positiivisena tai neutraalina ruumiillisena ominaisuutena. Taustalla on lääketieteen hegemonia lihavuuskeskusteluissa, joiden mukaan lihavasta ruumiista voi kuoriutua hoikka ja terve normiruumis. Hoikka normiruumis nähdään siten ”oikeanlaisen” subjektiuden ottamisen edellytyksenä ja eräänlaisena automaattisena haluna. Entä kuinka toimitaan tilanteessa, jossa lihavuus on erottamaton osa ihmisen ruumiillisuutta ja minäkuva? Lihavuuden käsittäminen välitilana tai väliaikaisuutena, voidaan Harjusen mukaan nähdä hyökkäyksenä yksilön henkilökohtaista identiteettiä ja kokemusmaailmaa kohtaan, joka johtaa suuren ihmisryhmän marginalisointiin tai jopa lihavan ihmisen subjektiuden kadottamiseen (Harjunen 2007, 221). Diskurssissa ”täysivaltainen” subjektiuis yhdistyy vahvaan itsetuntoon ja normipaino representoituu tämän logiikan kulmakivenä.

### **Painonhallinta osaksi luonnollisia elämäntapantottajia**

Psykologisessa diskurssissa laihtumista ja painonhallintaa tukevaa liikuntaa tulisi saada ujutettua osaksi ihmisten luonnollisia ja arkisia elämäntapantottajia. Diskurssin retoriikka korostaa arki- ja hyötyliikunnan merkitystä moraalisesti hyvänä ja elämäntapantottoihin itsessään kuuluvana toimintana. Diskurssissa liikunta näyttäytyy arjen rutiinina, jonka tavoitteena ei ole pakonomainen laihduttaminen, mutta joka ovelalla tavalla naamioidaan osaksi ihmisen elämän- ja painonhallintaa. Ajatuksena on, että laihtuminen tapahtuu ikään kuin arkisen puuhastelun sivutuotteena, yksilön itse toteuttaman elämänmuutoksen

seurauksena (vrt. Pajala 2007, 91).

*”-Ihmiset olisi saatava oivaltamaan liikunnan arkisuus ja helppous, jotta se olisi osa elämää. Työ- ja kauppamatkat välillä kävellen tai pyöräillen. Pihatyöt, marjastus, lasten kanssa puuhailu, listaa voi jatkaa vaikka kuinka pitkälle.” (SLL 33/2001)*

*” (...) Liikkua voi siis rauhallisesti ja iteselleen mieluisallaan tavalla. (...) liian vaativat ja äkkinäiset tavoitteet saattavat väsyttää ja liikunnan ilo lopahtaa, sama pätee laihduttamisessa. Tavoitteeksi ennemmin painonhallinta ja pysyvä elämäntapojen muutos, mieltii Fogelholm.” (SLL 33/2001)*

Otteet pyrkivät rakentamaan ajatusta yksilön itseään koskevasta päätäntävallasta: minä itse päätän miten ja milloin liikun. Ajatus itsehallinnasta on kuitenkin eräänlainen illuusio, sillä vapaus päättää itseään koskevista asioista on pikemminkin vapautta tiettyjen kulttuuristen normien puitteissa. Kulttuuristen normien asettamaa hajaantunutta ja monisuuntaista valtasuhdetta on vaikeaa erottaa omasta tahdosta, jolloin valta koetaan omana haluna (Kyrölä 2007, 175). Sitaateissa rakentuva merkitys hyötyliikunnan vaikutuksista tähtää piiloisesti ihmisten painon kontrollointiin elämäntapojen kautta. Yksilöt lisäävät hyötyliikuntaa ja keksivät ”omia” tapoja liikkua, koska se on vallitsevan kulttuurisen terveysetoksen mukaista. Esimerkiksi työmatkapyöräily on yksilöllinen valinta, mutta sen diskursiiviseen merkityksellistymiseen ja siitä johdettuun käyttäytymiseen kulttuuriset arvostukset ovat piirtäneet jälkensä. Tämä on pitkällisen sosiaalistamisen tulosta, joka on johtanut itsekontrolliin, eli käyttäytymiseen halutulla tavalla (Itkonen 1996, 110-111). Rosea (1999, 61-97) soveltaen voisi kiteyttää, että yksilöitä hallitaan heidän vapauksien käytön avulla, jossa yksilöllinen painonhallinta on itse asiassa elämäntapojen hallintaa.

## **6.2 Lihavuus yhteiskunnallisena kysymyksenä – yhteiskunnallinen diskurssi**

Yhteiskunnallinen metadiskurssi muodostuu kahdesta aladiskurssia, joista kulttuurisen rapautumisen diskurssi on selvästikin yhteiskunnallista ja kulttuurista tilaa analysoiva, luonteeltaan jopa kriittinen. Yhteiskuntapoliittinen diskurssi on selvästikin poliittisempi, kärjistetysti ilmaistuna vallankumouksellinen, vaaten yhteiskunnallista toimijuutta, eli rakenteiden muuttamista terveyttä edistävämpään suuntaan. Seuraavaksi erittelen näiden diskurssien vaikuttavuutta ja ominaispiirteitä.

## 6.2.1 Kulttuurisen rapautumisen diskurssi

Kulttuurisen rapautumisen diskurssin funktio on tukea ja muodostaa riskin faktuaalistamisen diskurssista ymmärrettävä ja konkreettinen. Sen luonne on kulttuurista tilaa analysoiva, mahdollistaen erityisesti riskin faktuaalistamisen diskurssin olemassaolon, perustelemalla ja tarjoamalla syytä miksi lihavuusvaara on olemassa. Lihavuusvaaralle saadaan näin konkreettinen nimittäjä: rapautuva kulttuurinen ilmasto tai kulttuurinen kaaos, jonka hallitsemattomuutta yleistyvä lihavuus havainnollistaa.

Kulttuurisen rapautumisen diskurssissa lääke- ja terveystieteilijät hakevat ymmärrettäviä perusteluita tilastollisille väitteilleen yhteiskunta- ja/tai kulttuurianalyysistä. Heidän mukaansa kulttuurin epäsuosiollinen kehitys (kulutuksen kasvu) ja yhteiskunnan rakenteellinen muutos (mm. työn- ja vapaa-ajan sovittaminen) nähdään johtavan hälyttäviin lihavuustilastoihin. Diskurssissa lihavuus representoi nykykulttuurin pilaantuneisuutta ja kontrolloimattomuutta: taistelu lihavuutta vastaan on taistelua kollektivismiin, luonnon, vanhojen normien ja perinteiden sekä oman ruumiin ja elämäntilanteen puolesta. Huoli lihavuudesta esitetään toisaalta myös huoleksi globaalin kapitalismin, individualismin ja ahneuden voimistumisesta. Kulttuurisen rapautumisen diskurssi tukeutuu ylimalkaiseen selitykseen muun muassa länsimaisen, istuvan elämäntyylin vaikuttavuudesta lihavuustilastoihin, vaikkakin argumentti on kyseenalaistettu siihen sisältyvän spekulatiivisuuden ja empiirisen näytön hataruuden perusteella (ks. Gard & Wright 2005, 107-125).

### Kulttuurinen muutos

*"Valtava elämäntapojen muutos viimeisen 50- 100 vuoden aikana on kääntänyt energiatasapainomme mittarin lihomisen suuntaan." (SLL 34/2000)*

*"Lihavuuden yleistymisen taustalla on elämäntapojen ja ympäristön muutos. Nyky-yhteiskunnan toimintaympäristö ja kulttuurin muutokset suosivat passiivista elämäntyyliä. Syömistottumukset ovat muuttuneet: emme enää syö eläksemme vaan - ainakin osittain - elämme syödäksemme". (SLL 21.10.2005)*

Diskurssissa puhetapa asettuu menneisyys/nykyisyys -akselille, jossa implisiittisesti rakennetaan mielikuva kulttuurisesti hallittavammista ja turvallisemmista entisajoista,

vastakohtaan nykyinen kulttuurinen pirstaleisuus<sup>24</sup>. Diskurssissa puhutaan *muutoksesta* kulttuurisessa ilmapiirissä, jolla viitataan ajalliseen kehitykseen, menneestä tähänhetkiseen tilanteeseen. Puhetapa on kulttuurin historiallista todellisuutta jäsentävää, jossa nykyinen kulttuuri merkityksellistyy passiiviseksi, istuvaksi, perhearvoja vaarantavaksi ja individualismia korostavaksi oman edun tavoitteluksi. Edellisen vastakohtana on muutos jostakin, eli menneisyydestä, jossa entisaikojen kulttuurinen ilmapiiri näyttäytyy turmeltumattomana, luontoa kunnioittavana ja aktiivista elämäntyyliä ihannoivana. Diskurssissa kulttuuristen luokittelujen perustana viitataan elämäntapojen passiivisuutta korostaviin nykykulttuurin teknisiin symboleihin, kuten televisioon, tietokoneisiin, autoistumiseen ja pikaruokaan. Terveysvalistuksen kontekstissa pyritään lihavuudelle osoittamaan ”ymmärrettäviä” syitä negatiivisia konnotaatioita herättävien symbolien avulla. Samalla uusinnetaan konventionaalisia käsityksiä siitä, miten lihavuus on yhteiskunnassamme yhteydessä laiskuuteen, ahneuteen ja itsekontrollin puutteeseen.

*”Lihomisen taustalla on myös työ- ja arkiliikunnan vähentyminen. Esimerkiksi henkilöautojen määrä on Suomessa kasvanut reippaasta miljoonasta kahteen miljoonaan vuodesta 1980, televisio on lähes joka kodissa, 33 % kotitalouksista omistaa kaapelitelevision ja 50 % astianpesukoneen (20). Henkilöliikennetutkimuksen mukaan alle kahden kilometrin matkoista vain puolet kävellään tai ajetaan polkupyörällä (21). Televisiota katselemme keskimäärin lähes kolme tuntia päivässä (22). Liikunta ei ole enää osa tavallista elämää, vaan sitä lähdetään erikseen harrastamaan.” (SLL 8/2004)*

*”Normaalipainon ylläpitäminen yltäkylläisessä länsimaisessa elämänmenossa näyttää vaikealta ja ylipainoisuus onkin saavuttanut epidemian mitat. Suomalaisista noin puolet on ylipainoisia, eli ylittävät paino-indeksin 25.” (SLL 23/2001)*

Diskurssissa ei pyritä syyllistämään tai tuomitsemaan ihmisiä elämäntapojen perusteella, vaan pikemminkin pyrkimyksenä on suostutella niin lihavat kuin normaalipainoiset ihmiset kyseenalaistamaan yltäkylläinen elämäntapa. Diskurssin retoriikka korostaa ympäristön ja kulttuurin vaikutusta ihmisen käyttäytymiseen, joka on tehokas keino suostutella ihmisiä puolelleen: lihavuus ei johdu sinusta, vaan vääränlaisesta kulttuurisesta ilmapiiristä. Diskurssi opettaa väestöä tunnistamaan kulttuuriset vaarat ja riskitekijät, jotta ihmiset oppisivat välttämään ja kontrolloimaan elinympäristössään tai elintavoissaan esiintyviä

---

24 Viitataan kulttuurisella pirstaleisuudella lähinnä Anthony Giddensiin (1991) ja Thomas Zieheen (1991). Edellisen mukaan elämme jälkimodernissa yhteiskunnassa, jossa modernin yhteiskunnan perusilmiöt radikalisoituvat ja globalisoituvat. Tässä muutoksessa yksilön täytyy jatkuvasti *reflektoida*, eli työstää omaa identiteettiään. Jälkimmäinen puolestaan viittaa ”*kulttuuriseen vapautumiseen*”, eli kapitalistisen talouden dynamiikan aiheuttamaan kulttuurin ja elämämaailman eroosioon. Tällä Ziehe tarkoittaa muun muassa traditioiden murentumista ja vapautumista perinteiden kahleista, jotka mahdollistavat oman itsemme uudenlaisen tarkkailun ja kehittämisen.

uhkatekijöitä. Nämä uhkatekijät saadaan näyttämään jokaisen henkilökohtaista arkea koskevilta, pieniltä moraalisilta valinnoilta, joiden tarkoituksena on aiheuttaa pieni ”pisto” jokaisen sydämessä. Diskurssi haastaa meidät puntaroimaan arjessamme tehtyjen valintojen moraalisuutta ja tarpeellisuutta.

*”(…) Nykyisessä yltäkylläisyydessä on lähes mahdotonta pysyä normaalipainoisena ilman tietoista ponnistelua. Monipuolinen ruokavalio, kohtuullisuus ruoka-annoksissa ja alkoholin käytössä sekä liikunnallinen elämäntapa ovat avainasemassa taistelussa liikkiloja vastaan.” (SLL 8/2004)*

Diskurssin ”mieli” on siis jossain määrin jopa ymmärtävä: ylenpalttisten houkutusten kulttuurissa on väistämätöntä lihoa. Samalla diskurssin ”mieli” uusintaa syvään juurtuneita käsityksiä lihavuuden olemuksellisuudesta. Lihavuus liitetään yltäkylläisen kulttuurin automaattiseksi seuraukseksi, jossa lihavuus on yhtä kuin mukavuudentavoittelu, yltäkylläisyys ja passiivisuus; lihavuus asettuu siten symboloimaan moraalista rappeutumistamme (Harjunen 2004b, 249). Se kertoo paitsi yksilön henkilökohtaisesta itsekontrollin puutteesta, niin myös yleisemmin kulttuurin rappeutumisesta: lihavuustilastojen ollessa räjähdysmäisiä, ei syytä lihomiseen voi paikantaa pelkästään yksilöihin, vaan tällöin on tarkasteltava myös kulttuuriamme. Lihava ruumiillisuus johdattelee meidät kulttuurimme syövereihin, koska ajattelemme ruumiidemme kuvastavan yleisiä käsityksiä kulttuurisesta järjestyksestä (vrt. Douglas 2000). Yltäkylläisyys on saanut aikaan kulttuurisen epäjärjestyksen, ja tämän epäjärjestyksen koetaan uhkaavan myös ruumiitamme (Lupton 1999, 124, 147-149).

*”Kulttuurisessa ilmastossa on niin ikään tapahtunut muutos. Yleinen käsitys on, että mitä vähemmän askeleita sen parempi, ja tämä näkyy liikuntatottumuksissa sekä lihomisena. Mainonta edesauttaa osaltaan sohvaperunoiden kypsymistä.” (SLL 33/2001)*

Kulttuurisen rapautumisen diskurssissa lihavuutta selitetään sillä, että elinympäristömme sekä kulttuurinen rakenteemme on *lihavuutta edistävää* ja olemme moraalisesti heikkoja asettumaan näitä rakenteita vastaan. Tulos on samansuuntainen Gardin ja Wrightin (2005) tutkimustulosten kanssa. Gard ja Wright suhtautuvat kuitenkin kriittisesti väitteeseen, jonka mukaan länsimainen moderni elämäntyyli on lihavuutemme taustalla. Heidän mukaansa syyt, joilla lihavuutta selitetään, ovat pikemminkin ideologisia uskomuksia ja moraalisesti tuomitsevia, kuin tieteellisesti perusteltuja. (Emt.) He eivät allekirjoita

yleistettyä väitettä, jonka mukaan ihmismieli olisi luonnollisesti laiskuuteen taipuvainen ja toimii tilaisuuden tullen aina inaktiivisesti aktiivisuuden sijaan ja valitsee epäterveellisen ruoan terveellisen sijasta. He myös huomauttavat, että lihavuuden selittäminen elinympäristötekijöillä olettaa lihavuuden torjumisen olevan ykkösprioriteetti ihmisten elämässä. Ihmisten mahdollisuus tai ylipäätään halu elää jonkin ideologian tai ”yleisesti ihanteena pidetyn” tavan mukaan on erilainen, jo yksistään sosioekonomisen aseman vuoksi. (Emt.)

Kulttuurisen rapautumisen diskurssilla on kyky selittää lihavuusilmiötä popularistisen uskottavasti, mutta samalla diskurssissa ”oletetaan” yleisesti tietävän millaisia ihmiset ovat, mitä he elämässään arvostavat ja millaisiksi he haluavat tulla. Väite siitä, että kulttuurissamme olisi vallallaan ”yleinen” passiivisuuden ihannointi viittaa näkemykseni mukaan siihen, että teknologisen ja kulttuurisen kehityksen seurauksena kotitalouksissamme esiintyy tilastollisesti enemmän elektroniikka kuin kuin vaikkapa 20 vuotta sitten. Nykyään mahdollisuutemme hankkia esimerkiksi taulutelevisio on parempi kuin ennen, mutta se ei kaikissa tapauksissa merkitse sitä, että ”yleisen käsityksemme” mukaan suosisimme passiivisuutta fyysisen aktiivisuuden kustannuksella. Se, että omistamme television, tietokoneen, auton tai astianpesukoneen on pikemminkin tarkoittanut arkemme ajankäytön uudelleenmuokkausta kuin sitä, että elektroniikka automaattisesti kahlitsisi meidät koteihimme. Vaikka ympärillämme onkin ylen määrin teknologiaa, niin silti suomalaiset ovat esimerkiksi hyvin innokkaita hyöty- ja terveysliikunnan harrastajia (ks. Timonen 2009). Liikuntaa ja teknologiaa ei tule käsittää toistensa vastakohtia tai toisiaan poissulkevia, niin kuin kulttuurisen rapautumisen diskurssissa annetaan ymmärtää.

### **Kapitalismi tunkeutuu arkeemme**

Kulttuurisen rapautumisen diskurssissa ihmisten elintason nousu ja kapitalistinen markkinatalous esitetään syyksi väestön lihomiselle. Mainosteollisuus ja globaali ruokabiznes hyötyvät suomalaisten lihomisen kustannuksella, tehden elämästämme ja arjestamme hallitsematonta. Kapitalistinen eetos on astunut päättämään päivittäisistä valinnoistamme, koska emme kaiken kiireen ja mielikuva-avaruuksien keskellä osaa tehdä viisaita, omaa hyvinvointiamme palvelevia päätöksiä. Valinnoillamme emme todellakaan tee oikeutta terveydellemme, puhumattakaan läheisistämme. Lihominen on seurausta

markkinatalouden palvelemisesta, jossa ihmisen itsemääräämisoikeutta ohjailaan viekkaasti mainonnan keinoin. Mainonnan esitetään tunkeutuvan myös sosialisointiin ”herkkyysalueelle”, kuten kouluun, joka saadaan moraalisesti(kin) kuulostamaan arveluttavalta.

*”Koulujen karkkiautomaatit koetaan vieläkin jonkinlaiseksi **markkinatalouden tarjoamaksi palveluksi**. Koulussa ei kuulemma pärjää ilman tuhtia suklaapatukkaa iltapäivällä. Kovin paljon parempi tulos ei tietystikään ole, jos koulun tarjoama välipala on pizzaa tai voisarvia. Ravintolatupakointiin ehkä jo uskalletaan puuttua. Kielto ei tunnu kivalta, mutta monen bilekupakoijan se saisi lopettamaan. ” (SLL kolumni /2006)*

Edellisessä otteessa kirjoittaja esittää huolensa siitä, kuinka koulujen karkkiautomaatit esitetään ”markkinatalouden tarjoamiksi palveluksiksi”. Tulkintani mukaan hän on huolissaan markkinatalouden tarjoamasta vääränlaisesta viestistä, jossa oppilaille ja koulun henkilökunnalle karkkiautomaatteja tuputetaan luonnollisena ja ihmistä palvelevana osana koulupäivän arkea. Karkkiautomaatit opettavat vääränlaisia ruokailutottumuksia ja vieraannuttavat oppilaat ”oikeammista” ja ”paremmista” toimintatavoista jaksaa koulussa. Karkkiautomaatit symboloivat sitä, kuinka markkinatalous tunkeutuu uhkaamaan koulun kasvatuksellisia arvoja ja normeja, haastaen samalla myös koulun sosiaalisen ja ruumiillisen järjestyksen. Ruumis ei jaksaa oppia, mikäli terveellinen kouluruoka korvataan karkeilla ja suklaapatukoilla. Karkkien tarjonta kouluissa voi johtaa myös oppitunneilla naposteluun, joka sotii koulun ruumiillista ja sosiaalista järjestystä vastaan. Näin ollen markkinatalous haastaa ruumiimme koulumaailmassa, tehden ruumiimme alttiiksi turhille tarpeille.

Seuraavat sitaatit esittävät, kuinka suomalaisten ansiotulojen nousun myötä käytetään, käsiteltyyn ja jalostettuun ruokaan yhä enemmän rahaa. Puhetavassa korostuu talousteoreettinen päättely, joka on kuitenkin jossain määrin horjuvaa: tulot kasvavat ihmisten tehdessä enemmän töitä; lisätulot käytetään yleensä kulutukseen ja koska ihmisillä on vähemmän aikaa itselleen ja toisilleen, ostetaan markkinoiden tarjoamia nopeita ja helppoja ruokia. Yleensä nämä ruoat ovat rasvaisia ja runsaskalorisia ja täten lihottavia.

*”Suomalaiset syövät **käsitellympää ja jalostetumpaa ruokaa** kuin koskaan - ja lihoavat. Kansainväliset ravitsemustutkijat sanovat, että **nykymenosta hyötyy ennen kaikkea globaali ruokabisnes** (...)*

*- Mitä enemmän meillä on rahaa, sitä enemmän haluamme palkita sillä itseämme. Luulemme, että olemme vapaita valitsemaan kaupasta juuri sitä haluamme, mutta mainonta koukuttaa meitä varsin ovelasti tekemään valintoja, Rayner toteaa. - Lifestyylemainonta kannustaa meitä tekemään arjestakin juhlaa, siis syömään herkkuja. Perusarkiruoka on tullut jotenkin vanhanaikaiseksi, huomauttaa espanjalainen ravitsemustutkija Jose Ramon Mauleon. Mainonta muokkaa mielikuviamme siitä, mikä on terveellistä ja kivaa. Individualismin voimistuminen merkitsee "minun" halujeni ja oikeuksieni toteutumista. "Minä" valitsen, milloin syön ja mitä syön. Esimerkiksi perheen yhteiset ruoka-ajat ovat häviämässä, samoin aamiaisen syöminen." (SLL 33/2008)*

Diskurssissa globaali markkinatalous, ansiotulojen nousu ja individualistinen ahneus liitetään lihavuuteen. Ilmaisussa ”nykymenosta hyötyy ennen kaikkea globaali ruokabisnes”, tiivistyy olennaisesti diskurssin sanoma: lihominen ei palvele ketään muuta, kuin globaalia kapitalistista markkinajärjestelmää. Diskurssi ilmentää kuinka suurten rakenteiden (talous ja markkinat) puristuksessa yksilö on heikko ja kyvytön tekemään omia, hyviä päätöksiä. Kapitalismi koukuttaa meitä tekemään ruumiillemme ”karhunpalveluksen”; sen logiikan mukaisesti suuntaamme ansiotulomme kulutukseen, josta todisteena kannamme ylpeänä ”elintasomahaa”. Toisaalta teksti kuitenkin peräänkuuluttaa yksilön kykyä tehdä individualistisia, omaa elämäänsä koskevia päätöksiä. Tulkintani mukaan, tekstissä mainitut ”minun haluni” ja ”minun oikeuteni”, näyttäytyvätkin markkinatalouden haluina. Yksilöllisiä niistä tekee vain se seikka, että näitä haluja on kulttuurissamme rajaton määrä, jolloin jokainen voi valitessaan kokea tekevänsä yksilöllisen valinnan.

Diskurssin puhetapa hakee selitysvoimaa ja oikeutusta yhteisesti jaetusta kulttuurisesta merkityksenannosta, jossa markkinatalous vieraannuttaa ihmiset itsestään. Se rakentaa dikotomisen kulttuurisen asetelman, jossa kaikki kulttuurinen ”paha” syöksee kulttuurisen ”hyvän” epäjärjestykseen. Esimerkiksi kapitalistinen markkinatalous saa diskurssissa merkityksen, jossa sen nähdään lisäävän vaurautta väärällä tavalla. Kapitalistisen markkinatalouden ajatellaan selittävän lihavuutta, koska se merkitsee tulotason nousua synonyymina yltäkylläisyydelle, jonka seurauksena lihotaan. Markkinataloudella on vaikutusta myös toiseen suuntaan: se luo mielikuvia treenatuista ja hoikista vartaloista, tarjoten näiden saavuttamiseksi mitä erilaisimpia terveystuotteita ja liikuntapalveluita. Ihmiset muokkaavat ja huoltavat itseään yhä enemmän kulttuurisen ideaalin kaltaiseksi, eli ovat tarkkailevampia ruumiitaan kohtaan kuin ennen. Markkinatalouden ja kulutuskulttuurin logiikkaan on sisäänrakennettu niiden itseään ruokkiva toiminta-ajatus: ne ovat osaltaan synnyttämässä ja ylläpitämässä ”lihavuuspelkoa”, tarjoten samalla



lääkkeitä ongelmaan. Kulutuskuulttuuri, johon kytkeytyy niin poliittisia, taloudellisia kuin kulttuurisia intressejä, normittaa ruumiin ideaalin yhä kapearajaisemmin, jolloin huoli ruumiin sopivuudesta tai sopimattomuudesta kasvaa.

*”Ansiotulojen nousu on lisännyt ruokaan käytettävää rahamäärää - ja ruoan kulutusta. Ansiotulojen nousu merkitsee yleensä pidempiä ja kiireisempiä työpäiviä, jolloin aikaa ruoanlaittoon jää yhä vähemmän. Jätämme itsellemme entistä vähemmän mahdollisuuksia vaikuttaa siihen, mitä, missä ja miten ruokailemme. - Käytännössä kansalaisten elintason nousu on tarkoittanut sitä, että meillä on varaa ostaa entistä enemmän epäterveellistä ja runsaskalorista ruokaa, sanoo brittiläinen kansanterveystieteen professori **Geof Rayner**.” (SLL 33/2008)*

Professori Raynerin esittämä väite, että elintason noustessa meillä olisi varaa ostaa enemmän nimenomaan ”epäterveellistä” ja ”runsaskalorista” ruokaa pitää ainoastaan osin paikkansa. Tulotasomme noustessa meillä on varaa ostaa enemmän mitä tahansa ruokaa ja myös muita hyödykkeitä ja siksi kuulostaa ristiriitaiselta, että ostaisimme tulotason noustessa enemmän juuri epäterveellistä ruokaa, joka yleensä on vieläpä halvempaa kuin ”terveysruoka”. Raynerin teesin perimmäisenä tavoitteena on ilmeisemmin pyrkimys nostattaa rasvaisen ja runsaskalorisen ruoanhinnan verotusta, jolloin ”terveysruoan” hinta laskisi suhteessa epäterveelliseen ruokaan ja ihmiset ohjautuisivat ostamaan terveysruokaa. Sinällään ajatus on kaunis, mutta erityisesti vähävaraisen väestönosan kannalta halvimpien ruokien hinnankorotus merkitsisi lisääntyviä taloudellisen pärjäämisen haasteita.

*”Napostelukulttuuri vallitsee laajasti, eikä perheissä välttämättä panosteta yhdessä ruokailuun (...) Samaan aikaan kun ruokailu on mennyt epäedulliseen suuntaan, liikunta on vähentynyt sekä koulussa, että vapaa-aikana, television katselu sekä tietokonepelien pelaaminen ovat lisääntyneet.” (SLL 13.05. 2005)*

Kulttuurisen rapautumisen diskurssissa on siis kysymys lihavuuden liittämisestä muihin kulttuurissamme hyvin negatiivisiin asioihin, jotka esitetään tunkeutuvan elämäämme samanaikaisesti hälyttävän lihavuusepidemian kanssa. Hyvänä esimerkkinä on vaikkapa television katselu ja tietokonepelit. Niiden liiallisen kuluttamisen ajatellaan olevan pois muusta ”hyödyllisestä” ja aktiivisesta toiminnasta, edesauttaen myös lihomista. Merkillepantavaa on, että esimerkiksi lukeminen tai opiskelu ei herätä samanlaisia negatiivisia konnotaatioita, vaikka kalorinkulutuksen osalta tilanne olisikin yhtäläinen. On vain niin, että opiskelu on moraalisesti hyväksyttävämpää kuin television katselu, ja yhdistämällä moraalisesti huonompi tapa lihavuuteen saadaan tilanne näyttämään entistä

paheksuttavammalta (vrt. Gard & Wright 2005).

Diskurssi ilmentää myös kuinka kulttuurimme ei ole enää entisenlainen, turvallinen ja järjestäytynyt. Mainonta ja markkinat muokkaavat halujamme, luoden koko ajan uusia tarpeita, johtaen meidät loputtomaan turhien tarpeiden mielikuvamaailmaan. Tavaroiden ja erilaisten palveluiden määrä ylittää sietokykymme, emmekä hallitse tätä kokonaisuutta. Tämä sekasorto johtaa ruumiimme rajojen tarkkailuun, jossa ennen kaikkea on kysymys yhteiskuntajärjestyksen valvonnasta (vrt. Douglas 2000). Esimerkiksi länsimaisen yhteiskunnan pikaruokakulttuuri luokitellaan symboloimaan väestön huonokuntoisuutta ja lihavuutta, joka liitetään edelleen autoistumiseen, istuvaan elämäntapaan ja erilaisiin sairauksiin, joista menetettyjen työvuosien takia koituu myöhemmin suuria kustannuksia yhteiskunnalle. Diskurssissa ilmennetään siten *douglasmaista* ajatusta, jossa kulttuurisella luokittelulla ihmisyhteisö ottaa ympäröivän todellisuuden haltuunsa.

## **6.2.2 Yhteiskuntapoliittinen diskurssi**

Kuten todettua, kulttuurisen rapautumisen diskurssi pyrki selittämään lihavuusvaaraa elinympäristömme muutoksella. Kulttuurinen ilmapiiri ja lähiympäristömme ohjaavat meitä tekemään itsemme ja yhteiskuntamme tulevaisuuden kannalta epäedullisia valintoja. Kulttuurisessa kaaoksessa piilee kuitenkin myös mahdollisuus kulttuurin järjestämiseen. Järjestäminen vaatii eritoten ihmisten moraalien herättelyä, sekä poliittis-rakenteellisia uudistuksia, joilla tähdätään ihmisten vastuullistamiseen omaa elämää koskevilla valinnoissa. Foucault sanoisi, että on luotava käytäntöjä (politiikkoja), diskursseja ja tekniikoita, joiden avulla ihmiset ”taipuvat” muokkaamaan itseään moraalisubjekteiksi (Foucault 1998, 132-137). Ihmisten taipuminen tuotetaan järjestämällä kulttuurinen tila ja elinympäristö oikeanlaisia virikkeitä ja mahdollisuuksia tarjoavaksi. Kulttuurisen järjestämisen lopputuotteena saavutamme kurinalaisen ja hyödyllisen ruumiin, eli oikeanlaisen moraalisubjektin.

Olen eritellyt aineistostani yhteiskuntapoliittisen puhutavan, jossa painotetaan päättäjien moraalista velvollisuutta huomioida kaikessa poliittisessa päätöksenteossa ensisijaisesti terveyden edistäminen. Terveyden edistämispuheessa vaaditaan yhteiskunnallisia ratkaisuja

ja määräyksiä terveyden nimissä, jotka on kanavoitava esimerkiksi yhdyskuntasuunnitteluun ja kouluinstituution kehittämiseen. Tässä puheessa korostetaan myös kaikkien yhteiskunnallisten toimijoiden kuten koulun, elintarviketeollisuuden, mainostajien, terveydenhuoltojärjestelmän ja perheiden vastuuta muuttaa elinympäristöämme turvallisempaan ja vitalistisempaan suuntaan.

## **Lihavuus yhteiskuntapoliittisena kysymyksenä**

*”Jotta väestön lihomista voitaisiin ehkäistä tehokkaasti, tarvitaan **toimenpiteitä yhteiskunnan taholta. Hallituksen, eduskunnan ja kunnallisten päättäjien ratkaisut vaikuttavat suuresti siihen, millaiset mahdollisuudet lihavuuden ehkäisyllä on Suomessa. Lihavuuden lisääntyminen tulisi nähdä kansanterveyden tärkeänä ongelmana, joka otetaan huomioon yhteiskuntamme suunnittelussa. (...) Lihavuuden ehkäisyyn voidaan vaikuttaa lukuisilla elämän alueilla (5). Esimerkiksi liikenneratkaisut (joukko- ja kevyen liikenteen suosiminen), arkkitehtuuri (mahdollisuus portaiden käyttöön), koulupolitiikka (liikuntaopetus, terveysoppi), elintarviketeollisuus (kevyttuotteiden saatavuus ja hinta), ravitsemuspolitiikka (koulu- ja työpaikkaruokailu) vaikuttavat suuresti siihen, kuinka lihottava tai painonhallintaa edistävä ympäristömme on tulevaisuudessa.” (SLL 34/2000)***

Yhteiskuntapoliittisessa diskurssissa valtion, jota edustaa eduskunta ja hallitus, velvollisuutena on luoda terveyden edistämistyöhön motivoiva ilmapiiri. Päättäjät ovat vastuussa siitä, millaiset edellytykset terveyden edistämiseen on tarjolla. Valtion toimia ei nähdä elämän alistamisena pakkotoimenpiteille, vaan ennemminkin valtion rooli on toimia asioiden mahdollistaja, helpottaja ja elävöittäjä (Rose 2001, 86). Päätöksenteon motiivina näyttäytyy ihmiselämän parantaminen ja mielikuva turvallisemmasta ja terveellisemmästä tulevaisuudesta. Yhteiskuntamme täytyy suunnitella siten, ettei mahdollisuutta lihomiseen edes tarjoudu. Puhe vaatii, että kaikissa yhteiskunnallisissa ratkaisuissa on ensisijaisesti ajateltava miten kehitämme ja muutamme – ei pelkästään elinympäristömme, vaan myös koko kulttuurisen ilmapiirimme ja ajattelumme terveyttä edistäväksi.

*”Yhteiskuntapolitiikkaa ei saa jättää kansanterveyden edistämisen ulkopuolelle. Tätä mieltä ovat johtavat **diabeteksen ja lihavuuden asiantuntijajärjestöt**, jotka kokoontuivat viime viikolla ensimmäistä kertaa yhteiseen kokoukseen Prahaan. Varsinkin **lapsiin kohdistuva terveydenedistäminen on poliitikkojen ja päättäjien toimista kiinni. On yhteiskuntapolitiikan ja lainsäädännön vastuulla, että lapsilla on turvallisia ulkoleikkipaikkoja ja kouluun voi kulkea turvallisesti jalkaisin tai pyörällä. Yhteiskunnan pitää myös suojella lapsia päällekkäyvältä mainonnalta, joka edistää tarpeetonta runsaasti energiaa sisältävien ruokien ja juomien kulutusta.” (SLL 23/2004)***

*”Lihavuuden ehkäisyssä terveydenhuollon mahdollisuudet ovat rajalliset, mutta lääkärien ja muiden **terveydenhuollon ammattihenkilöiden tulisi toimia äänitorvena tehtäessä***

*terveyspoliittisia ja kansalaisten hyvinvointiin vaikuttavia päätöksiä sekä valtakunnallisesti että kuntatasolla. Terveiden edistäminen ja sairauksien ehkäisy kuuluvat jo lakisääteisesti terveydenhuoltojärjestelmämme tehtäviin. Terveiden edistämisen tulisikin olla mukana kaikessa päätöksenteossa kunnissa.” (SLL 21.10.2005)*

Yhteiskuntapoliittisessa diskurssissa lääketieteen asiantuntijat tekevät lihavuudesta yhteiskunnallisen ja yhteiskuntapoliittisen kysymyksen. Diskurssi toimii yhteistyössä riskin faktuaalistamisen ja kulttuurisen rapautumisen diskurssin kanssa, joissa lihavuus representoi kulttuurin moraalista tilaa. Edellä mainitut diskurssit antavat yhteiskuntapoliittiselle diskurssille perusteet puuttua kulttuuriseen kehitykseen. Tämä tarkoittaa, että terveyden ja eritoten painonhallinnan tavoittelusta täytyy muodostua yhteiskunnallinen normi ja kaikkea päätöksentekoa määräävä arvolähtökohta. Diskurssissa lääketieteen asiantuntijat vetoavat päättäjien moraaliseen vastuuseen ja omatuntoon, painottamalla sitä, että lihavuuden torjunnassa on kysymys nimenomaan terveyden edistämisestä, sekä lastemme turvallisemmasta tulevaisuudesta. Lihavuuden ehkäiseminen täytyy olla jokaisen moraalinen velvollisuus ja tämän velvollisuuden toteutumista on yhteiskunnallisessa päätöksenteossa edesautettava.

*”Suuren riskin yksilöiden tavoittamisessa on perusterveydenhuollolla keskeinen rooli. Sen sijaan koko väestön painokäyrien kääntämisessä laskusuuntaan tarvitaan useiden eri tahojen yhteistyötä: valtakunnan päättäjien, kuntasektorin, perusterveydenhuollon ja kansalaisjärjestöjen. Työ Suomessa on jo alkanut, ja lihavuuden ennaltaehkäisyä tärkeyttä korostetaan niin Sydän- ja verisuonitautien ehkäisyohjelmassa, Diabetesliiton aikuistyyppin diabeteksen ehkäisyohjelmassa kuin myös Valtion ravitsemusneuvottelukunnan toimintaohjelmassa kansallisten ravitsemussuosituksen toteuttamiseksi.” (SLL 8/2004)*

Yhteiskuntapoliittinen diskurssi tukeutuu vahvasti riskin faktuaalistamisen diskurssiin, eksplikoiden riskiajattelua, jossa epävarmuus pyritään kesyttämään asiantuntijuuden avulla, sekä sisällyttämään tulevaisuuden hyödyt ja vahingot tämänhetkisiin laskelmiin. Siinä koetetaan myös muokata nykyisiä päätöksiä tulevaisuutta koskevien kysymysten, saavutettavissa olevien hyötyjen ja torjuttavissa, minimoitavissa tai hallittavissa olevien vahinkojen perusteella. (vrt. Rose 2001, 86.) Rosen (emt., 87) mukaan riskiajattelu keskittyy ryhmäriskien tunnistamiseen ja hallitsemiseen käyttämällä riskiprofilointeja sekä ennaltaehkäisevää vaikuttamista riskiryhmiin kuuluviin yksilöihin. Rose jatkaa, että elinympäristöriskien hallinnan strategioilla pyritään hallitsemaan ja tunnistamaan vahinkojen kokonaismäärää muovaamalla väestöön tai johonkin elämänsä osaan

alueeseen liittyviä, riskitason kohoamiseen vaikuttavia tekijöitä. Interventioilla pyritään vähentämään riskialttiita elämäntapojen ja vastaavasti terveyttä edistävien tapahtumien todennäköisyyttä voimistetaan. (Emt.) Elinympäristöriskien hallinnan strategiat eivät pyri tiettyjen riskiyksilöiden tunnistamiseen poistaakseen heidät yhteiskuntaruumiista, vaan ne koettavat vaikuttaa suoraan väestössä esiintyvien ongelmien esiintymisehtoihin (emt.).

*”Kieltojen sijaan voidaan kaavoittaa niin, että lähiympäristö kannustaa liikkumaan. Turvalliset puistot ja lenkkipolut ja kävelyetäisyydellä olevat palvelut vähentävät sairauksia. Rasvaisen ruoan, kuten munkkien ja chipsien, kulutus vähenisi roskaruokaverolla. Vihannesten ja hedelmien verotusta voisi vastaavasti lieventää. Jos siis oikeasti haluttaisiin edistää terveitä ruokatottumuksia. Terveystieteissä ei tarvitsisi aina kiristää vyötä, jos terveyden edistäminen olisi koko yhteiskunnan asia, eikä vain meidän mittanauha kädessä heiluvien.” (SLL, kolumni 2006)*

Rosen mainitsemiin elinympäristöriskien esiintymisehtoihin pyrittiin vaikuttamaan aineistossani siten, että väestön elintilan käyttömahdollisuudet haluttiin järjestää uudelleen. Esimerkiksi seuraavissa aineisto-otteissa puheen sävy on vaativa: kontrolli on ulotettava koulumaailmaan, rakentamiseen, yhdyskuntasuunnitteluun, elintarvikelainsäädäntöön, verotukseen ja väestön yksityiseen elämäntapaan. Ryhmäriskit sekä ennaltaehkäisevä vaikuttaminen kohdistui selkeimmin lapsiin, koska heidän ylipainoisuutensa nykyhetkessä oletettiin ennustavan monenlaisia haittoja tulevaisuudessa.

*”Kouluihin ja päiväkoteihin on saatava enemmän liikuntatunteja. Lasten ei edes anneta kävellä. Ei ole mikään outo näky, että vielä viisivuotias istuu rattaissa. - Yksi hyvä keino olisi tupakkaveron kaltainen sokerivero. Lisäksi kouluista pitää poistaa kaikki juoma-automaatit. Koulujen ja päiväkotien ruokalistalle on laitettava kulutusmaidon sijasta kevytmaidon ja vaalea pullaleipä on korvattava näkkileivillä. On luotava alueita, joihin ei ruokaa saa tuoda. Junissa on jo matkapuhelimessa puhumisen kieltäviä alueita, samalla tavoin voidaan luoda syömiskieltoalueita, listaa Sven Klaesson”. (SLL 27-31/2006)*

Katkelmat pyrkivät uusintamaan ideologiaa, jossa tietynlainen terveellinen elämä, määrittyä arvokkaaksi. Ihmisten käyttäytyminen ja tavat luokitellaan asiantuntijatahon toimesta joko terveellisiksi tai epäterveellisiksi, joiden perusteella oikeutetaan ihmisten elintilaan puuttuminen. Kyseessä on ihmisten ajattelumallien ja ruumiiden (elin)tilan uudelleen muokkaaminen ja järjestäminen, jonka tavoitteena on normaalistaa, yhdenmukaistaa ja tuottaa moraalisesti oikeanlaisia kansalaisia. Väestön mieliin ajetaan medikaalinen ajattelumalli, jossa omaa elämää ja ympäristöä koskevia päätöksiä peilataan

elämän vitaalisuutta<sup>25</sup> vasten. Vitaalisen ajattelutavan sosiaalistaminen koko väestöön ja yhteiskunnallisen päätöksenteon pohjaksi on diskurssin ”epäsuora” keino tuottaa normaalipainoinen kansalainen. Vitaalisuudesta muodostuu yhteisön yhdenmukainen moraalinen lähtökohta, jonka turvin ympäristöstä muokataan näitä arvoja palveleva ja ennen kaikkia hallittavissa oleva. Diskurssi käyttää siten asiantuntijavaltaa, jonka avulla se pyrkii sisäänrakentamaan väestöön toivomiaan käyttäytymismalleja (vrt. Foucault 1980).

Yhteiskuntapoliittinen diskurssi on siten tulkittavissa Rosen (2001, 95) teoretisoiman vitaalisen biopolitiikan kontekstissa, jossa biopolitiikka sulautuu eetospolitiikkaan. Eetospolitiikassa inhimillisen olemassaolon tekijöiden (ihmisten arkitoiminnot) kautta saatetaan yhteen autonomisen yksilön itsehallinta ja hyvän poliittisen hallitsemisen velvoite (terveys hallinnan keinona). Tällöin ihmisten arkipäiväinen elämä itsessään on jatkuvan arvioimisen ja tuomitsemisen kohteena, jota suorittavat sekä ihmiset itse, että myös erilaiset auktoriteettitahot. (vrt. Emt.) Ihmisten valinnoista ja toiminnoista, kuten ruokailutottumuksia, tulee moraalisesti joko hyviä tai huonoja. Diskurssissa hyviin valintoihin ohjataan asenne- ja ympäristönmuutostalkoilla, jossa väestöön istutetaan kyky tehdä hyviä moraalisia valintoja. Ihmiset alkavat toimia ikään kuin itsensä moraalisisina vartijoina, jossa hyvä valinta on elämänlaadun vitaalisuutta edistävä valinta.

### **Taloudelliset kustannukset ja kansainvälinen kilpailukyky**

Nykypäivän väestön terveyteen kohdistuvan poliittisen intressin rationaalisuutta ohjaavat yhä enemmän taloudelliset ehdot, kuten menetettyjen työpäivien aiheuttamat kansantaloudelliset kustannukset (Rose 2001, 86). Tämä ilmeni myös omassa aineistossani. Lihavuuteen puuttumisen oikeutusta yhteiskunnallisten interventioiden avulla perusteltiin usein taloudellisin argumentein, koska lihavuuden ehkäisemiseen keskittyvät toimet maksaisivat itsensä tulevaisuudessa takaisin.

*”Lihavuus on yksi suurimmista kansanterveydellisistä ongelmistamme aiheuttaen 200-500 miljoonan euron menot terveydenhuollossa vuosittain. Lihavuus aiheuttaa myös välillisiä kustannuksia yhteiskunnalle esimerkiksi työkyvyttömyytenä. (...)” (SLL 8/2004)*

---

25 Nikolas Rose puhuu foucaultlaisen biopolitiikan (Foucault 1980) ilmenevän nykyaikaisena ”vitaalipolitiikkana”, jonka päämääränä, kohteena ja panoksena on inhimillinen elämä itsessään. Vitaalipolitiikassa on kysymys elämäntapoihimme sisältyvistä arvokiistoista, kuten mitä on hyvä elämänlaatu, hyvä terveys tai mikä arvo annetaan erilaisille tavoille olla ihminen ja onko yksilöllä oikeus elää vastoin yhteisön suojelun pyrkimyksiä. Ks. Rose, ”Elämän itsensä politiikka” (2001).

*”Ylipaino ja lihavuus yleistyvät hämmästyttävän nopeaa vauhtia, ja lihavuuden liitännäissairaudet aiheuttavat huomattavia haittoja potilaille ja **suuria kustannuksia yhteiskunnalle.**” (SLL 6/2007)*

*”Syntymälihava joutuu koko elämänsä kamppailemaan liikakiloja vastaan. Sitä kamppailua on **vastuuntuntoisen** käytävä, jottei **omasta syystä** päätyisi terveydenhuollon **kalliiksi taakaksi.**” (SLL 42/2005)*

Lihavuus konstruoituu toisluokkaisena kansalaisuutena, jossa lihavuutta ei käsitellä ensisijaisesti inhimillisenä, ihmisyyteen kuuluvana ominaisuutena, vaan taloudellisen – yhteiskunnan kilpailukykyä uhkaavana häittana. Puheessa lihavuus näyttäytyy hyvinvointiyhteiskuntaa hajottavana tekijänä, koska lihavuus mielletään veropohjaa syöväksi riesaksi. Oteesta väestön yhteiskuntakelpoisuus representoituu taloudellisen tuottavuuden resurssina, jonka arvokkuus määräytyy painon ja siitä johdetun kuntoisuuden perusteella. Diskurssissa taloudellisia seikkoja ja verovarojen käyttöä korostava virittyneisyys noudattelee porvarillisen ideologian vivahteita. Lihavuus on vastuuntunnottoman käyttäytymisen tulos, sekä osoitus laiminlyödyistä velvollisuuksista yhteiskuntaa kohtaan. Jokaisen yksilön tulisi liittää ruumiinkunnan ylläpitäminen ja painonhallinta erottamattomaksi osaseksi kansalaisvelvollisuutta, joka edesauttaa paremman taloudellisen kilpailukykyyn saavuttamisessa ja joka samalla vapauttaa huomattavia verovaroja ”todellisia” ja tärkeämpiä sairauksia varten.

Teksti ei huomioi, että myös lihavat – siinä missä normaalipainoisetkin, voivat olla terveitä, työtätekeviä ja tuottavia sekä veroja maksavia tasavertaisia kansalaisia. Diskurssin taloudellisia kustannuksia painottavaa puhetapaa vaivaa myös tietynlainen historiattomuus. Siinä ei kyetä osoittamaan, millainen osa kansantalouttamme rasittavista kustannuksista voidaan todistettavasti sanoa johtuvan juuri lihavuudesta vai onko kustannusten kasvun ja huonon työkuuntoisuuden syynä pikemminkin liikunnan puute, ruokavalio tai esimerkiksi huono sosioekonominen asema. Diskurssi noudattelee populistista terveydenedistämiskurssien argumentoinnin käytäntöä, jossa erittäin harvoin saati painokkaasti, mainitaan esimerkiksi normaali- ja alipainoisten ihmisten aiheuttamista kustannuksista yhteiskunnalle. Diskursseissa myös harvemmin puhutaan korostetusti lihaviin hyväkuuntoisuudesta, vaikka se olisi täysin perusteltua. Puhe näyttäytyykin vastakohtana humanistiselle lähestymistavalle, jossa ihminen on arvokas riippumatta hänen fyysisistä tai henkisistä ominaisuuksistaan.

Yhteiskuntapoliittisessa diskurssissa yhdistyvät taloudelliset intressit ja Suomen terveydenhuoltojärjestelmän kansainvälinen kilpailukyky. Terveyden esittäminen taloudellisena kysymyksenä myötäilee uusliberalistista politiikkaa, jossa ruumiita arvioidaan ja arvostetaan niiden oletetun kustannustehokkuuden perusteella (Kyrölä 2007, 57). Tunnettavuuden saavuttamisen välineiksi valjastetaan kaikkien suomalaisten ruumiiden paino ja kuntoisuus, josta konstruoidaan eräänlainen kansantaloutta kuvastava mittari.

*”- Jokaisen aikuisen suomalaisen tulee tietää painoindeksinsä ja vyötärönmittansa sekä seurata niiden muutoksia. Aikuisen pitää ottaa vastuu omasta terveyskäyttäytymisestään ja olla myös esimerkki lapsille sekä tehdä päätökset lapsen puolesta. Tätä mieltä on Duodecim-seuran ja Suomen Akatemian yhteinen konsensuskokous, joka julkaisi yhteisen lausuman keskiviikkona. Yksilö on kuitenkin konsensuslausumassa vain yksi toimija lihavuuden ehkäisijänä ja hoitajana. (...) Jotta Suomesta tulisi lihavuuden ehkäisyn mallimaa, tarvitaan koko yhteiskunnan panosta. - Suomessa on loistavat edellytykset mallimaaksi, muistutti kokouksen puheenjohtaja, professori Matti Uusitupa. Ovathan kansalaisemme poikkeuksellisen hyvin koulutettuja, terveydenhuoltomme kattava ja maksuton, ja meillä on myös kokemuksia onnistuneista kansanterveyskampanjoista.” (SLL 43/2005)*

Diskurssissa kuvastuu myös Helénin ja Jauhon (2003) esittämä luonnehdinta terveyskansalaisen etiikasta – velvollisuudesta huolehtia terveydestään yhteiskunnan hyväksi. Tässä kohtaa se ilmenee vaatimuksena ”ottaa vastuu” terveyskäyttäytymisestään ja toimia esimerkkinä myös lapsille. Velvollisuus nivoutuu myös vastuuseen yhteiskunnan kansantaloudellisesta haasteesta, jossa julkisen sektorin terveydenhoitokustannusten paisumista tulisi ehkäistä. Väestön terveyskansalaistamista ohjailaan ja säädellään valtiovallan ja asiantuntijuuksien keinoin, joissa politiikka hajaantuu lukuisiksi käytäntöjen sommitelmiksi (vrt. emt.). Tämä näkyy esimerkiksi koulutuspolitiikan ja koululaitoksen kehittämisen vaatimuksena siten, että koulutukseen integroituu yhä enemmän terveyden edistämistä kertovaa, sekä myös sitä harjoitettavaa opetusta. Käytännöt pyrkivät siten tuottamaan painoaan hallitsevan, terveen biokansalaisen (vrt. Halse 2009), joka on kansantaloudellisesti tuottava.

*”(..)Etenkin eurooppalaisten ravitsemustutkijoiden mielestä **Suomi on ollut todellinen mallimaa lämpimine kouluruokailuineen**, jonka järjestämistä tullaan ulkomailta tänne opettelemaan.” (SLL 33/2008)*

*”- Suomessa on osoitettu, että väestön terveyteen voidaan vaikuttaa kustannustehokkaasti. Monissa maissa lyödään laimin ennalta ehkäisevä työ. Krooniset taudit aiheuttavat valtavaa taloudellista kuormitusta ja inhimillistä kärsimystä erityisesti*



*matalan elintason maissa, tähdensi WHO:n kroonisten tautien ja terveyden edistämisen osaston johtaja Robert Beaglehole.” (SLL 39/2005)*

Kuten riskin faktuaalistamisen diskurssissa jo ilmeni, lihavuus on tunnustettu koko maailmaa koskevaksi epidemiaksi, josta kaikki haluavat päästä eroon. Tässä kohtaa suomalainen lääketiede näkee mahdollisuutensa koittaneen: Suomen tulee profiloitua terveyden edistämisen malliesimerkiksi ja tässä *yhteisessä* tavoitteessa jokaisen tulisi tuntea vastuunsa. Diskurssin retoriikka korostaa kuinka *me* – kaikki suomalaiset, olemme merkityksellisiä tehtäessä lihavuuden ehkäisystä kansainvälinen vientituote. Suomalainen vientibrändi luodaan liittämällä puheessa mainittu korkea kouluttautumisen aste hyvään terveyteen ja hallittuun painoon, joiden avulla voidaan rakentaa ideaali mielikuva suomalaisesta: terve, solakka, korkeasti koulutettu ja hyväkuntoinen.

Riskin faktuaalistamisen diskurssin ja yhteiskuntapoliittisen diskurssin argumentoinnissa löytyy mielenkiintoinen eroavaisuus. Riskin faktuaalistamisen diskurssissa lihavuus näyttäytyi maailmanlaajuisesti levittyvänä, lähes hallitsemattomana terveysuhkana, jonka hoitaminen vaatii nopeita yhteiskunnallisia muutoksia. Yhteiskuntapoliittisen diskurssin kansainvälistä kilpailukykyä painottava puhunta puolestaan korostaa kuinka Suomessa ”lihavuus on kääntynyt laskuun” ja kuinka olemme ”tiennäyttäjät maailmalle”, sekä miten suomalaiseen lihavuuden ehkäisyyn käydään tutustumassa ympäri maailmaa. Tarkempi lihavuuden tarkastelulogiikka voi siten paljastaa lihavuusepidemian ylläpitämiseen ja vastaavasti sen hoitamiseen liittyvät taloudelliset kytkennät, jossa lihavuusepidemian ylläpitäminen voi olla jopa tarkoituksenmukaista. Näyttääkin siltä, että väestön lihavuutta ja siihen liitettävää huonokuntoisuuden ”illuusiota” voidaan käyttää pönkittämään erilaisia intressejä, eivätkä taloudelliset intressit ole näistä vähäisimpiä.

*”Suomi on ollut tässäkin asiassa tiennäyttäjät muulle Euroopalle ja koko maailmalle. Olemme maailman ainoa maa, jossa lihavuus on alkanut vähentyä. Tätä on muualla hämmästely ja maassamme käy tiheään delegaatioita tutustumassa toimivaan lihavuuden ehkäisyyn.” (SLL 37/2001)*

Yleisesti on huomattavissa, ettei diskurssin taloudellisia kustannuksia painottavassa puhunnassa yksittäisen henkilön subjektiivisella hyvinvoinnin tai terveyden kokemuksella ole jälleenkään merkitystä, vaan terveys palautuu painoindeksillä ja vyötärön ympäryksellä mitattavaksi universaaliksi muuttujaksi. Keskeisempää näyttää olevan pikemminkin se,

millaiselta suomalainen lääketiede, terveydenhoitojärjestelmä ja yhteiskuntarakenne saadaan näyttämään kansainvälisestä horisontista tarkasteltuna. Yhteiskuntapoliittisen diskurssin taloudellisiin aspekteihin viittaava puhunta myötäilee riskin faktuaalistamisen diskurssia, pelkistäen ihmiset tilastoiksi ja taulukoiksi, jolloin heidän taloudellinen arvonsa voidaan paremmin määrittää. Tällainen taloudellisilla argumenteilla itseään puolustava puhe on priorisointiasteikossa korkealla, kun lihavuusongelman vakavuutta perustellaan yhteiskunnan poliittisille päätöksentekijöille. Lihavuus representoituu itsessään kilpailukykyämme ja talouttamme rasittavaksi tekijäksi, vaikka ”syiden takana olevia syitä” voisi löytyä muitakin, kuten vaikkapa tuloerojen kasvu, työttömyys, köyhyys, koulutus- ja maahanmuuttopoliittikka ja sukupuoltenvälinen tasa-arvo.

### **Perheiden ja koulun tehtävät**

*”Lasten lihavuuden Käypä hoito -suositus korostaa erinomaisesti **vanhempien ja perhekeskeisen** työn merkitystä. Hyvät ja säännölliset ruokailutottumukset, arkiliikunta, riittävän yöunen turvaaminen ja tasapainoinen arki ovat yksinkertaisia **lasten kasvatukseen kuuluvia asioita, jotka ovat unohtuneet pikaruoan, koulukuljetusten, arkiaskareiden vähentymisen ja virikkeiden yliarvostuksen vuoksi. Hyvät elämäntavat sinänsä ovat positiivinen asia. Aikuisten tehtävänä on opettaa terve suhtautuminen niihin. Parhaimmillaan ylipainon ennaltaehkäisy parantaa henkilökohtaista elämänlaatua ja pitkällä tähtäimellä lisää työ- ja toimintakykyä sekä säästää yhteiskunnan kustannuksia.**” (SLL 36/2008)*

Kollektiivisen vastuun toimenpiteelliset menetelmät kohdistuvat puheessa eritoten lasten ja nuorten kasvatukselliseen kehitykseen. Terveyden edistämistä toistava lääketieteellinen puhe painottaa perheiden vastuuta lasten nykyisestä ja tulevasta terveydestä. Puheessa viitataan siihen, kuinka lasten ”oikeat” kasvatukselliset menetelmät olisivat perheissä syrjäytyneet pikaruoan ja muiden virikkeiden vuoksi. Lihavuuden perusteella kyseenalaistetaan perheen elämäntapa, kuitenkin ottamatta huomioon perheen taloudellista tilannetta tai muuta yleistä elämäntilannetta, puhumattakaan perheiden yksilöllisistä arvoista. Puhe arvottaa elämää dikotomisesti, tuottaen mielikuvan hyvästä ja huonosta elämästä. Edellisessä vanhempien työ ja perheen arjen yhteensovittaminen on tasapainossa, joita ilmentävät yhteiset ruokailu- ja puuhasteluhetket lasten kanssa. Elämäntapojen mallikkuutta ilmentää myös se, että perheessä painonhallinta on kontrollissa, samoin kuin arki yleensäkin. Toisenlainen todellisuus tuotetaan huonon elämän mallissa, jossa kiireellisyys, vähäinen yhteinen aika ja painonhallintaongelmat määrittävät kaoottista arkea.

*”Lihavuuden ennaltaehkäisy edellyttää muun muassa riittäviä resursseja neuvoloihin ja kouluihin. Vanhemmat tarvitsevat neuvoja lasten ohjaamisesta oikeisiin valintoihin ruokailussa, välipaloissa, napostelussa, karkkipäivissä ja koululounaissa. Alati lisääntyvien valinnanmahdollisuuksien ja houkutusten viidakossa tarvitaan tietoa ravitsemuksesta ja ruuasta terveellisyyttä tavoittelevien valintojen tueksi. Pelisääntöjä tarvitaan myös epäterveellisten ruokien mainontaan, hinnoitteluun ja myyntiin. Lasten ja nuorten päivittäinen liikkuminen on yhteinen haasteemme. (...) ” (SLL 2000)*

Puhetapa painottaa hyviä elämäntapoja ja terveyden edistämistä, muttei juuri huomioi perheiden tai yksittäisten ihmisten omia näkemyksiä hyvästä elämästä. Tämäntyyppinen terveydenedistämispuhe on nostanut päätään länsimaissa, liittyen väestön terveydentilan parantumiseen, mutta samalla näiden instituutioiden diskurssit ja toimintatavat ovat tuottaneet tiettyjä rajoittuneita subjekteja ja ruumiita, luomalla diskriminoivia moraalisia vastakohtaisuuksia (Lupton 1995, 102-105). Diskurssissa vallitseva lääketieteellinen puhe ohjeistaa ja määrittelee millaista on esimerkiksi hyvä ruokakulttuuri, nukkuminen, vapaa-aika tai perhe-elämä, samalla poissulkien muita mahdollisia elämisen ja olemisen tapoja. Se pyrkii tuottamaan subjekteja joiden elämää määrittää ”tahto terveyteen”. Tämä tarkoittaa niiden tapojen muovaamista – esimerkiksi vapaa-ajan – joiden kautta yksilöt määrittävät ja ymmärtävät oman vapautensa. (Rose 2001, 86.)

*”Lasten ja nuorten terveyden edistämisessä **perhe ja koulu** ovat ratkaisevassa asemassa. Elinympäristön tulisi tukea terveyttä ja hyvinvointia edistäviä valintoja. Yhteiskuntasuunnittelussa ja rakentamisessa voisi tukea entistä paremmin arkiliikuntaa ja liikunnallista elämäntyyliä, mm. rakentamalla kevyenliikenteenväyliä.” (SLL 21.10.2005)*

Diskurssin puhetapa ottaa vahvasti kantaa siihen, millaista ajattelu- ja toimintamallia yhteiskunnallisten perusinstituutioiden, kuten koulun ja perheen tulisi edistää. Lasten paino on otettu puhetavassa kasvatustehtävän onnistumisen tai epäonnistumisen symboliseksi ja hyvin keskeiseksi määrittäjäksi. Diskurssi representoi maailmaa, jossa koulun ja perheen olisi ”suojeltava” lapsia lihavuudelta ja edistettävä elämäntapaa, jonka keskeisenä komponenttina on moraalisesti hyvä – kaloreita kuluttava tapa elää. Lihavat lapset näyttäytyvät todisteina lasten sosialisatioprosessin häiriöstä. Sosiaalinen todellisuus saadaan näyttämään myös siltä, kuin lihaviin lasten ja heidän perheidensä elämä olisi automaattisesti epämieluisaa, onnetonta ja erilaisten vaikeuksien sävyttämää.

Diskurssissa uusinnetaan ajatusta, että laihuus ja painonhallinta ovat edellytyksiä tasapainoiseen ja hyvinvoivaan elämään tulevaisuudessa, jonka vuoksi lapsen ylipainoon puuttuminen näyttäytyy lapsen *elämänmahdollisuuksien parantamisena*, kuten seuraavassa:

*”Vaikka lasten lihavuudessa ennaltaehkäisy on ensisijaista, tulee myös lasten ylipainoon puuttua. Ylipainon puheeksi ottaminen ei ole lapsen ja perheen leimaamista, vaan lapsen edun ajamista. Terveelliset elämäntavat ovat lasten pääoma, joihin perustuu tulevien vuosien hyvinvointi ja terveys.” (SLL 36/2008)*

Ylipaino kuvastuu esteenä tulevaisuuden hyvinvoinnille, joka saadaan näyttämään vieläpä hyvin lainmukaista kulkua noudattavalta. Sosiaalisen stigman ja lihavuuteen liitettävien terveyshaittojen vuoksi ylipainoisen on lähes mahdotonta viettää tervettä ja hyvinvoivaa elämää, jolloin painon pudottaminen näyttäytyy yleisenä ratkaisukeinona ongelmiin. Painonpudotus hyvinvoinnin ilmentäjänä perustuu rakennettuihin mielikuviin ja objektiivisilta näyttäytyviin uskomuksiin hyvinvoinnin ja elämänlaadun riippuvuudesta painoon, vaikka hyvinvointi määrittyy yksilöllisesti monien muiden(kin) muuttujien, kuin painon vaikutuksesta. Tämänkaltaiset lääketieteen interventioita korostavat puhuvat ovat elämäntapoja moraalisesti tuomitsevia ja saattavat aiheuttaa jopa enemmän ahdistusta, kuin helpotusta itseä ja kehoa kohtaan. Ylipainon ehkäisyn ja normaaliuden tavoittelun nimissä tapahtuva jatkuva itsensä tarkkailu ja syömisen kontrollointi, voi paradoksaalisesti kääntyäkin *luonnottomaksi* tilaksi, jossa yhä useammat ruoka-aineet ja normaaliin arkeen kuuluvat käytännöt alkavat näyttäytyä ruumista vaarantavina tekijöinä.

Gard ja Wright (2005, 185) kysyvätkin sitä, tuotetaanko lihavuusvaaran lietsonnalla enemmän haittaa kuin hyötyä? Esimerkiksi toiminta ja politiikka, joiden tarkoitus on ”suojella” lapsia lihavuudelta on hyvin vastakkainen lasten mentaalisen hyvinvoinnin, sekä lapsi-vanhempi suhteen kannalta. Varsinkin murrosiässä olevan lapsen suhde itseensä ja ruumiiseensa saattaa muodostua hyvin kompleksiseksi, jos häntä on kohdeltu tai kohdellaan ensisijaisesti painon tai ruumiin erilaisuuden perusteella. Murrosikäinen lapsi ei välttämättä ymmärrä vanhempien tai koulun häneen kohdistamaa muutospainetta ja saattaa alkaa vastustamaan – tietoisesti ja periaatteesta – kaikkia häntä sosiaalistavia auktoriteetteja ja kasvatustenetelmiä. Lapsen painon on tällöin vaarana merkityksellistyä lapsen minäkuvan kannalta turhan keskeiseksi; lapsi saattaa ryhtyä hahmottamaan epäonnistumistaan koululiikunnassa tai kaverisuhteissa sen perusteella, miten hän kokee

ruumiinsa, eli tavalla jossa ongelmat kulminoituvat painoon.

*”Koulun tehtävä on tukea lapsen ja nuoren tervettä kasvua ja kehitystä. Kouluterveydenhuollosta, kuten muustakin ehkäisevästä terveydenhuollosta, on vähennetty resursseja jo liiaksi. Kouluterveydenhoitaja ei enää tapaa koululaisia vuosittain eikä varhaiseen puuttumiseen ole paljonkaan mahdollisuutta, vaikka se olisi esimerkiksi paino-ongelmien ehkäisyssä ihanteellisinta.” (SLL 21.10.2005)*

Diskurssissa koulun ja kodin kasvatuksellinen tehtävä suhteessa lasten käsityksiin ruumiillisuudesta, sen tuottamisesta ja merkityksistä sulautuu ”biopedagogiseen” hallitsemistapaan (ks. Wright 2009). Biopedagogisessa ruumiin tuottamisessa biovalta ja pedagogiikka yhdistyvät lukuisissa käytännön kasvatuksellisissa paikoissa, kuten kouluissa, mediassa, armeijassa, webissä, julisteissa sekä lääkärien odotushuoneissa, joiden tarkoitus on kehottaa ihmisiä itsensä työstämiseen ja käyttäytymisen muuttamiseen. Aineistossani esiintynyt biopedagoginen kontrolli, eli perheen (vanhempien), neuvolan ja koulun tehtävät, näyttäytyvät nimenomaan lasten kasvatuksellisena menetelmänä, jotka puettiin terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen viittaan. Tällä tavoin biopedagogiikka häivyttää mielistämme sen ideologisen, valtaa sisältävän luonteen, ”ohjaten” meidät miettimään omaa elämäämme, itseämme ja toimintaamme terveyden nimissä. (Mt., 9)

Yhteiskuntapoliittisessa diskurssissa lihavuuden medikaalinen kontrolli ilmenee institutionaalisella tasolla, koska se pyrkii määrittelemään instituutioiden yleisiä, sisällöllisiä tehtäviä yhä enemmän medikaalisen kontekstin sisällä (vrt. Conrad 1992, 201). Lihavuuden tilastollinen kasvu on nostattanut lääkärikunnassa huolen ihmisten terveydestä, ja samalla tämä huomio on nostettu laajempaan yhteiskunnalliseen keskusteluun, kuten kysymykseen kasvatuksellisten instituutioiden moraalista tilasta. Tilanne on johtanut institutionaalisten toimijoiden tehtävien tarkistukseen ja arvioitiin, sekä uudelleenmäärittelyyn, joka käytännössä on tarkoittanut elämäntapojemme ja kulttuurisen ympäristömme uudelleenjärjestämistä ja kontrollointia. Väestölle on laadittu suosituksia muun muassa päivittäisen liikunnan, ravinnon ja unen määrästä ja laadusta; koulutusjärjestelmään kuuluu osaksi kouluterveydenhuolto, jossa oppilaille ja heidän vanhemmilleen annetaan ohjeistuksia oikeanlaisista elämäntavoista. Medikaalinen kontrolli tunkeutuu täten ihmisten elämäntapoihin käyttäen retoriikkaa, jossa ihmiselämää ei pyritä rajoittamaan vaan voimaperäistämään. Tällaista kulttuurisista normeista ja rakenteista peräisin olevaa valtaa voi olla vaikeaa erottaa omasta tahdosta ja

kokemuksesta omasta itsestä (Kyrölä 2007, 175).

### 6.3 Yhteenvedoa diskursseista ja niiden suhteista

Tutkimuksen näkökulman ohjaamana lähdin paikantamaan aineistosta hegemonisen aseman saavuttaneita diskursseja, jolloin mielenkiintoni kohdistui kulttuurisiin itsestäänselvyksiin, sekä niiden valtaa sisältäviin puhetapoihin (Jokinen & Juhila 1993, 76). Aineistossani medikaalinen ja yhteiskunnallinen metadiskurssi muodostavat ne kaksi selkeintä kehikkoa, joiden alle sekä faktuaalisen riskin ja kulttuurisen rapautumisen diskurssit, että yhteiskuntapoliittinen ja psykologinen diskurssi asettuivat. Nämä aladiskurssit nousivat esiin aineistossani lukumäärällisesti useissa kohdissa, dominoiden eräänlaisella vaihtoehdottomuudellaan, mutta erityisesti toisiaan tukien. Haluan korostaa, etteivät muodostamani aladiskurssit olleet mitenkään selkeärajaisia, vaan osittain saman merkityssysteemin eri osia – sekä prosessuaalisia, jotka tarvitsivat toimiakseen jatkuvasti tukea muiden diskurssien merkityksenannoista. Aineistosta rakennettujen metadiskurssien rajapinnat eivät nekään olleet murtumattomia – päinvastoin. Rajapinnan särökohtien kautta aladiskurssit käyvät keskinäistä – olemassaolonsa kannalta elintärkeää merkitystenvaihtoa.

Riskin faktuaalistamisen diskurssi oli luonteeltaan kylmän faktinen, luonnontieteellinen ja jopa hätkähdyttävä. Sen voima perustui kvantifioivaan esittämiseen sekä lääketieteen asiantuntijaroolin ja siihen kytkeytyvän tieto-valta position korostamiseen, jotka yhdessä tuottivat ajatuksen lihavuuden yksiselitteisestä käsitteellistämisestä ja merkityksistä. Vaikka sen käyttämät käsitteet ja tekniikat olivat lääketieteellisiä, niin sillä oli yhteiskunnallinen tehtävä. Ruumiiden medikaalisella haltuunotolla – kuten lääketieteellisillä mittauksilla, se määritteli ruumiiden normaliteettia ja niiden riskejä, jotka representoituivat koko yhteiskuntaa koskeviksi riskeiksi.

Yhteiskuntapoliittinen diskurssi (osa yhteiskunnallista metadiskurssia) puolestaan tarttui riskin faktuaalistamisen diskurssin tuottamiin merkityksiin. Yhteiskuntapoliittinen diskurssi oli *sielultaan* normatiivinen ja poliittinen, sillä siinä suoranaisesti käskettiin ja vaadittiin rakenteellisia yhteiskunnallisia muutoksia, eli ts. väestön biopoliittisia ohjelmia. Laajojen muutosten vaatimuksilla haluttiin korostaa faktuaalisen riskin diskurssissa esitettyjen lihavuuslukujen suuruutta ja ongelman kaikenkattavuutta. Vaikka diskurssi

painottikin kollektiivisen toiminnan tärkeyttä lihavuuden ehkäisyssä ja elämän parantamisessa, niin paradoksaalisesti se kuitenkin korosti yksilön omaa vastuuta terveydestään, muun muassa kansantaloudellisten kustannusten pienentämiseen vedoten. Diskurssin funktiona on ennaltaehkäistä riskejä (vrt. Rose) eli estää väestön lihominen, rakentamalla fyysis-henkinen yhteiskunta, jossa – kärjistäen sanottuna – on ahdistavaa elää lihavana. Yhteiskuntapoliittinen diskurssi ilmentää sitä kuinka *biovalta* pyrkii *puitteistamaan* yksilön käyttäytymisen, eli sen mekanismi rakentaa ideologisesti virittyneitä konteksteja, joiden puitteissa ihmiset toimivat.

Osana prosessin jatkumoa – faktuaalisen riskin ja yhteiskuntapoliittisen diskurssin välimaastossa – kulttuurin rapautumisen diskurssi toimi faktuaalisten riskien selittäjänä, joka siten legitimoit yhteiskunnallisten vaatimusten esittämisen. Kulttuurisen rapautumisen diskurssissa lihavuus yhdistettiin kulttuurin ja yhteiskunnan kulutuskeskeiseen elämäntapaan ja eritoten kapitalistisen markkinatalouden irvikuvaksi. Diskurssin puhetapa noudatteli kulttuurissamme vallitsevaa stereotyyppistä logiikkaa, jossa lihavuuden ajatellaan merkitsevän elämänhallinnan kontrolloimattomuutta. Diskurssin ydinajatus mukaili eräänlaista *kulttuuri-evolutionista* selitysmallia, jossa biologinen ihminen sopeutuu ympäristöönsä; biologisperäinen ravinnon tarve ja *laiskuuden vietti*, yhdistettynä passivoivaan ja yltäkylläiseen kulttuuriin, tuottaa jatkuvaa *haluamista* – lopputuloksenaan lihavuutta. Diskurssissa esiintyvä kritiikki suuntautui yltiöpäiseen kuluttamiseen, markkinoiden globalisoitumiseen sekä kulttuurin passivoitumiseen, joilla haluttiin viitata vääränlaisen arvomaailman synnyttämiseen.

Psykologinen diskurssi näyttäytyi – faktuaalisen riskin diskurssin tavoin – ihmisten medikaalisena haltuun ottamisena, jossa lihavuus tunnustettiin faktuaaliseksi ongelmaksi. Kuitenkin muista diskursseista poiketen, psykologisessa diskurssissa keskityttiin selkeimmin suoraan lihaviin ihmisiin ja heidän lihavuuteensa. Toisin kuin yhteiskunnallisessa metadiskurssissa, psykologisessa diskurssissa lihavuuden ongelmaa ei lähestytty yhteiskunnallisten rakenteiden, vaan yksilöiden kautta. Haasteelliseksi muodostui yksilön motivointi ja itseoivallus minän muuttamisessa *osallistuvaksi subjektiksi*. Diskurssissa lähtöoletuksena oli automaattinen ajatus lihavan halusta laihtua, ja tulla sitä kautta täydellisemmäksi ja oikeammaksi minäksi, eli kulttuurisesti hyväksyttäväksi subjektiksi. Tässä tehtävässä lääkärit ja terveysasiantuntijat toimivat pedagogeina ja asiantuntijatiedon tietopankkeina, joiden velvollisuutena oli opettaa

yksilöille moraalisesti hyviä elämäntapatekniikoita, kuitenkin siten, että toiminta tapahtuisi yksilön ”oman tahdon” ja eetospolitiikan (vrt. Rose 2001) kautta. Psykologisessa diskurssissa korostui selkeimmin se, kuinka painonhallinta ja laihduttaminen ovat yhteydessä yksilön elämänhallintaan ja sen eetospolitiikkaan, sekä sitä kautta yksilön minään, psyykeen toimintaan ja onnistumisen tunteeseen, eli minätekniikoiden (Foucault 1998, 122-123) työstämiseen. Painonhallinta voidaan siten nähdä elämäntapojen, arjen, työn, vapaa-ajan ja sosiaalisten suhteiden – eli kaikkien elämäkäytäntöihin kuuluvien osasten – irrottamattomana palasena.

Tunnistetut diskurssit näyttävät muodostavan yllättävän johdonmukaisen ja yhtenäisen kokonaisuuden, eli *diskurssikoalition*, jossa jokaisella diskurssilla on oma funktionsa biopoliittisen lihavuuden kontrollin kannalta. Diskurssikoalition vaikutuksesta rakentuu lopulta yksi dominoiva diskurssi, jonka nimesin Rosen (2001) ajatukseen tukeutuen *somaattisen subjektiuden* diskurssiksi. Empiirisiin analyysin perusteella, somaattisen subjektiuden diskurssi kuvastaa parhaiten diskurssikoalition *yhteisvaikutusta*; se pyrkii kasvattamaan ja opettamaan ruumiinkunnon ylläpitoon, eli tuottamaan vastuullistettuja – ruumistietoisia subjekteja. Kuten Rosen *somaattiselle yksilöllisyydelle* (emt.), somaattisen subjektiuden diskurssille on luonteenomaista henkilökohtainen vastuu fyysisen ja henkisen ruumiinkunnon muokkauksesta, jonka keskeinen hallitsemisen mekanismi on kuitenkin yhteiskunnallinen, terveyden ja normaaliuden normi. Terveyden normi määrää somaattisen subjektiuden diskurssia siten, että ruumiillinen oleminen tulee korostuneesti elämäkäytäntöjen keskiöön; yksilön valinnat, toimintamallit ja ajattelu representoituvat ruumiissa. Samalla medikaaliset tekniikat arkipäiväistyvät (rasvaprosentin mittausta, painonpunnitus, kolesterolin seuranta, kalorien laskenta), muodostaen somaattisen subjektiuden itsehallinnan kulmakiven.

Somaattisen subjektiuden diskurssi täytyy siten nähdä medikaalisen ja yhteiskunnallisen symbioosina – yhteisöllisyyden yksilöllisenä prosessina. Somaattisen subjektiuden diskurssi ei viittaa ainoastaan yksilöön, yhteen ruumiillistuneeseen somaattiseen toimijaan, vaan eritoten yhteiskunnalliseen, ideologisesti virittyneeseen ajattelutapaan ja hallinnan muotoon, joka päämäärä on opettaa toimijat ruumiinkuriin. Somaattisen subjektiuden diskurssin ideaalissa ei yhteiskunnallista lihavuusongelmaa tavata. Diskurssin funktio onkin lihavuusongelman yhteiskunnallisuuden häivyttäminen, tarttumalla yhteiskunnan rakenteisiin ja instituutioihin; mitä nopeammin rakennemuutos etenee, sitä enemmän



lihavuus alkaa näyttäytyä yksilön ongelmana. Yhteiskunnallinen diskurssi pyrkii siten puitteistamaan toimijoiden elämäkäytäntöjen kentän vitalistiseen arvopohjaan perustuen, jolloin toimijat ehdollistuvat toimimaan näiden kollektiivisten arvojen ohjaamina. Mitä sisäistetympiä nämä arvot ovat, sitä vapaammalta, yksilöllisemmältä ja vastuuntuntoisemmalta somaattinen subjektioiden näyttäytyy.

Somaattisen subjektioiden diskurssi on redusoitavissa osiin, jolloin voidaan tarkastella sen suhdetta aladiskursseihin. Riskin faktuaalistamisen diskurssi on selvästikin kaikkein biolääketieteellisin ja asiantuntijuutta edustavin. Diskurssi toimii herättelijänä ja tulevaisuuden uhkakuvien rakentajana, joka luo pohjan yhteiskunnalliselle keskustelulle. Se noudattelee riskien tunnistamisen ja ehkäisyn logiikoita, eli toimii somaattisen subjektioiden ”medikaalisena tekniikkana” tai ”työkalupakkina”, joita hyödyntymällä itsekontrolli on mahdollista. Tehdäkseen oikeutta lihavuusluvuille ja ollakseen vaikuttava, riskin faktuaalistamisen diskurssi tarvitsee ongelman *selittäjää*, eli puhunutta joka osoittaa jokapäiväisiin valintoihimme sisältyvän riskin mahdollisuuden. Kulttuurisen rapautumisen diskurssi on juuri tällainen, joka paljastaa, analysoi ja opettaa somaattiselle subjektioiden kulttuurimme vaaran paikat. Samalla kulttuurisen rapautumisen diskurssi toimii sillanrakentajana aladiskurssien välillä: se tekee mahdolliseksi yhteiskuntapoliittisen diskurssin *julistavan* puheen ja yhteiskunnan rakenteellisen muuttamisen oikeutuksen, selittää faktuaalisiin riskeihin vaikuttavat taustatekijät, sekä auttaa ymmärtämään itsekontrollin ja itsetyöstämisen tärkeyttä, lihavuutta edistävässä ympäristössä.

Voidaan väittää, että yhteiskuntapoliittinen diskurssi on kaikkein muutosvoimaisin ja yhteiskunnallisesti vaikuttavin diskurssi, jonka pontimena toimii muiden aladiskurssien representoima riskiajattelu. Yhteiskuntapoliittista diskurssia on pohjustettu edellisissä diskursseissa, tuottamalla riskiajattelulle luonnollinen vastine eli toiminta riskien ennaltaehkäisemiseksi. Tämän logiikan mukaisesti yhteiskuntapoliittinen diskurssi tukee riskin faktuaalistamisen diskurssin kovaa, luonnontieteellistä puhunutta, sekä havainnollistaa tämän riskin vakavuutta yhteiskuntapoliittisilla vaatimuksilla. Yhteiskuntapoliittinen diskurssi pyrkii tuottamaan siten kontekstin, joka ylläpitää somaattisen subjektioiden *idea*a, mutta toisaalta ihmiset myös itse – fyysisinä olioina – toiminnallaan uusintavat ja tuottavat somaattisen subjektioiden kontekstia.

Psykologisen diskurssin merkitys tässä diskurssikoalitiiossa on istuttaa yksilö uuteen

kulttuuriseen ympäristöön ja terveystieteille alistetuksi. Elämäntapoihin vaikuttaminen ja niiden muuttaminen toteutuu vain vakiintuneiden tapojen, oman ajattelun, medikaalisten tekniikoiden ja kulttuuristen rakenteiden yhteistoiminnallisessa prosessissa, eli yksilön ja yhteisön uudessa sosiaalistamisen muodossa. Näin ollen tarvitaan riskien jatkuvaa mekaanista laskemista ja kartoittamista (faktuaalinen riski + kulttuurinen rapautuminen), riskikontrollia eli riskipuitteiden pienentämistä (yhteiskuntapoliittinen), sekä oman minän työstämistä (psykologinen). Psykologinen puhunta opettaa yksilölle askel askeleelta uusia tapoja elää arkea, jotka koodautuvat osaksi yksilön uutta kollektiivitajuntaa, eli käsitystä kuinka uudessa kulttuurisessa ilmastossa on toimittava. Psykologinen diskurssi on somaattisen subjektuuden palapelissä se haavoittuvin osa; parhainkaan medikaalinen tieto- taito ja kulttuuristen rakenteiden suosiollisuus ei nimittäin takaa, että ihminen toimisi niin kuin hänen *toivotaan* tai *odotetaan* toimivan. Sen vuoksi somaattinen subjektuus täytyy ymmärtää medikaalisen kontrollin tuotoksena, jolla on erityistä *vaikutusta* ihmisen toimintaan, mutta se ei *määrrä* sitä. On nimittäin huomattava, että kaikkein sisäistetyimmätkin arvot ja normit voivat joskus kriisiytyä, joka synnyttää näiden arvojen ja normien reflektointia ja sitä kautta uusia toiminnan malleja.

On mahdotonta sanoa perustellusti mikä yksittäinen diskurssikoalition diskurssi vaikuttaisi hallitsevimmin somaattisen subjektuuden diskurssin rakentumiseen. Toisiinsa tukeutumalla ne oikeuttavat argumentaationsa lihavuuteen puuttumisen puolesta. Sanottakoon kuitenkin, että riskin faktuaalistamisen diskurssi muodostaa tietyllä tapaa keihäänkärjen, jolle haetaan tukea toisten diskurssien merkityssysteemeistä (vrt. Jokinen & Juhila 1993, 95). Riskin faktuaalistamisen diskurssi – erityisesti tukeutuen kulttuurisen rapautumisen diskurssiin – on se puhetapa, joka tekee meidät epäileväiseksi ympäristöämme ja itseämme kohtaan; se ohjaa meidät mittaamaan kolesteroliarvoja, rasvaprosenttia, painoa sekä laskemaan kaloreita ja päivittäisen liikunnan määrää. Käytäntöön liittyy erottamattomasti painostus yhteiskunnalliseen toimintaan, jolla kulttuuriamme muutettaisiin terveystieteisemmäksi. Tämän rakenteellis-ideologisen ilmapiirin puristuksen ja itsensä psykoeettisen työstämisen tuloksena yksilön on tuotettava oman itsensä ja elämänsä politiikkaa. Foucault-hengessä sanottakoon, että *somaattisessa subjektuudessa* on kysymys medikaalisen biopolitiikan muodosta, jossa elämän liikkeet ja elämän mekanismit astuvat täsmällisten laskelmien piiriin, tehden tieto-vallasta ihmisen elämän muuttamisen agentin (Foucault 1998, 102). Tai toisaalta – ruumiillisuus astuu elämään, tehden elämästä somaattista subjektuutta.

## 7 Yhteenveto ja johtopäätökset

Tämän tutkimuksen tarkoitus oli löytää vastauksia tutkielman alussa esitettyyn pääkysymykseen eli siihen, miten Suomen Lääkärilehdessä terveystieteen asiantuntijat puhuvat lihavuudesta ja miten tällä lihavuuspuheella pyritään kontrolloimaan ihmisten elämäntapojen. Tutkimuskysymykseni oli kahtalainen: ensiksikin olin kiinnostunut siitä mitkä puhuvat, eli diskurssit, nousevat aineistostani hegemonisimpina esiin, puhuttaessa lihavuudesta tai ylipainosta. Toiseksi olin kiinnostunut siitä, miten hegemonisilla lihavuusdiskursseilla pyritään kontrolloimaan ja vaikuttamaan ihmisten omaa elämäänsä koskeviin ratkaisuihin. Tarkemmin sanottuna, tavoitteeni oli muodostaa asiantuntijapuheesta diskursseja, sekä avata lukijalle rakentamiani diskursseja niihin kätkeytyvien monimuotoisten merkityssysteemien avulla. Tällä tavoin halusin tehdä *näkyvämmäksi* niitä ristiriitaisia ja konventionaalisia merkityksiä, joita lihavuuteen yleensä liitetään ja joiden kautta ihmisten arkielämää pyritään ohjailemaan.

Olin siis asettanut tutkimustehtäväni näkökulmasta, joka ohjasi minua tekstien kriittiseen tarkasteluun. En halunnut tyytyä tarkastelemaan ainoastaan tekstejä ja niiden diskursiivista rakentamista paikallisesti, vaan oletin että diskurssien representoima totuus maailmasta on tietoa jostakin näkökulmasta, joka sinänsä ei ole oikeaa tai väärää, mutta hallitsevaa kylläkin. Kunnianhimoinen tavoitteeni oli lukea tekstejä ideologikriittisesti, koska ajattelin, että kirjoitettuihin teksteihin sekä tekstin tuottajaposition ovat vaikuttaneet institutionaaliset ja historialliset valtasuhteet, jotka pyrkivät istuttamaan väestöön tietynlaista tapaa ajatella terveydestä ja elämäntavasta, poissulkien samalla muita hyvinvoinnin mahdollisuuksia. Tutkimustehtäväni luonne ja siihen kytkeytyvä näkökulma kontrollin sekä tieto-vallan tematiikasta ohjasivat minua siten valitsemaan kriittisesti painottuneen diskurssien analyysitavan, jossa diskursseja tarkasteltiin dialektisesti (Fairclough) – eli ei pelkästään vain kielellisesti rakentuneesti (ks. luku 5 relativistinen diskurssianalyysi), vaan kielellisen ja yhteiskunnallisen vuorovaikutuksen ja vallan tuloksena – diskurssien rajat ylittäen. (ks. luku 5 realistinen diskurssianalyysi).

Luvussa kuusi esitin tutkimukseni keskeisimmät tulokset. Kysymykseen siitä, millaisia diskursseja terveystieteen asiantuntijat lihavuudesta Suomen Lääkärilehdessä esittävät, nousi aineistossani kaksi selkeintä kehystä, *medikaalinen* ja *yhteiskunnallinen* diskurssi, jotka

rakentuivat neljästä hegemonisesta aladiskurssista. Esiintyvät aladiskurssit olivat seuraavat: *riskin faktuaalistamisen* diskurssi, *psykologinen* diskurssi, *kulttuurisen rapautumisen* diskurssi ja *yhteiskuntapoliittinen* diskurssi. Nimesin diskurssit sen mukaisesti millaisen sosiaalisen todellisuuden ne tulevat merkityksillään tuottaneeksi, ajatellen samalla niiden funktiota ja vaikuttavuutta elämäkäytäntöjen kontrolloitavuuden kannalta. Rakentamani diskurssit muodostivat yllättävänkin yhtäläisen ja toisiaan tukevan *diskurssikoalition*, jolla elämäkäytäntöihin puuttuminen saatiin näyttämään täysin oikeutetulta ja väestön hyvinvointia parantavalta. Lopuksi nimesin diskurssikoalition yhdeksi, keskeiseksi tutkimustulokseksi eli *somaattisen subjektiivisuuden* diskurssiksi, joka näyttäytyy ruumiskeskeisenä ja ruumiin vitaalisuutta ylläpitävänä, medikaalisen asiantuntijuuden tuotteena.

Tutkimukseni valossa näyttää siltä, että lihavuus ja varsinkin ihmisten paino synnyttää ja antaa oikeuden puuttua väestön elämään terveyden ja hyvinvoinnin nojalla. Terveysasiantuntijoiden puheissa lihavuus kuvattiin pääsääntöisesti maailmanlaajuisena epidemiana, jolla korostettiin kulttuurisen kehityksen ja itsen hallitsemattomuutta, sekä oikeutettiin yhteiskunnallisten toimenpidevaatimusten esittäminen myös Suomessa. Tämä näyttäytyi riskin faktuaalistamisen ja kulttuurisen rapautumisen diskurssien yhteisvaikuttavuutta tarkastelemalla, jossa lihavuus asetettiin vapaan kapitalistisen markkinatalouden kontekstiin. Kontekstissa vapaa markkinatalous loi mahdollisuuden jatkuvalla kuluttamiselle, mielihaluille ja myös lihavuudelle, mikä johti terveysasiantuntijoiden vaatimukseen tiukemmasta yhteiskunnallisesta, mutta myös yksilöllisestäkin ruumiin kontrollista. Terveysasiantuntijat asemoivat itsensä yhteiskunta- ja kulttuurintutkijoiksi, luomalla spekulatiivisia ennustuksia yhteiskunnan kehityksestä ja sen vaikutuksista ruumiidemme fysiologialle. Käsitin puhettavan hyvin populistiseksi ja ihmisen toimintatapoja mekaanisesti selittäväksi, sillä sen mukaan lihavuuden (ja lähes aina myös samassa yhteydessä huonokuntoisuuden) yleistymisen taustalla nähtiin lähes automaattisesti teknologian, sekä viihde- ja mainosteollisuuden epäterveet vaikutukset. Dikotomisessa puhettavassa passivoivat kulttuuriset käytännöt liitettiin lihavuuteen tai yksiselitteisesti kuuluvaksi lihavuusilmiöön, kun taas aktiivista elämäntapaa ilmentävä toiminta heijastui nimenomaan normiruumiissa. Samaten myös vastuuntunto, itsekontrolli ja vitaalisuus näyttäytyivät hyveinä, jotka representoitiin kuuluvaksi normaalipainoisuuteen.

Painoon ja elämäntapoihin puuttuminen ei kohdistunut pelkästään lihaviin tai ylipainoisiin ihmisiin itsessään, vaan koko väestöön, sekä erityisesti tapaamme ajatella elämästä. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että lihavuus näyttäytyy elämää ja sen elinvoimaisuutta rajoittavana (riski)tekijänä, jolloin elämäntapoihin puuttuminen ja niiden normatiivinen ohjeistaminen representoituu tulevaisuudessa, mahdollisesti koituvien riskien ennaltaehkäisyyn kiinnittyvänä toimintana eli väestön vitaaalisia mahdollisuuksia lisäävänä tekniikkana (vrt. Rose 2001). Näen, että elämäntapojen kontrollin tavoitteena on tuottaa ruumistietoinen ajattelutapa, vahvemmin sanottuna *dominantti ideologia*, jolla vaikutetaan käsityksiimme siitä miten meidän tulisi elää elämäämme. Päätelmä istuu hyvin vitaaalisen biopolitiikan, ts. *vitaalipolitiikan* kontekstiin, jossa ihmisen biologisia, kuin myös henkisiä toimintoja pyritään ohjailemaan, muuttamaan ja voimaperäistämään – tavoitteena tuottaa, ruumistietoinen, painostaan ja elämäntilastaan itse, oikealla tavalla huolehtiva kansalainen, eli *somaattinen subjekti*.

Terveysasiantuntijoiden elämäntapojen hallinta Suomen Lääkärilehdessä ei ensisijaisesti perustunut ruumiiden suoraan hallintaan, vaan pikemminkin normaalistavien instituutioiden kautta tapahtuvaan ihmisten elämäntilan muuttamiseen ja sosiaalistamiseen (vrt. Vähämäki 1998, 129). Näihin jatkuvaan tarkkailuun ja kasvattamiseen perustuviin instituutioihin, kuten kouluun, perheeseen ja terveydenhoitojärjestelmään, sekoittuivat erilaiset asiantuntijasuositukset ja valistuspoliittiset tavoitteet, jotka kanavoituivat väestön elämäntapojen toimintalogiikoiksi. Nämä toimintalogiikat olivat pääosin väestöä normaalistavia ja elämäntapoja arvottavia: perheitä tulee ohjeistaa kuinka elää ”hyvää” arkea, sillä oikeilla arjen valinnoilla paino pysyy normaalina; elintarvike- ja mainosteollisuudelle tulee luoda pelisäännöt siitä, mitä ja miten ruokaa saa tuottaa sekä markkinoida, koska silloin ihmiset ohjautuvat valitsemaan terveellistä ruokaa; ympäristö tulee suunnitella liikkumista suosivaksi, sillä sen avulla vältytään teknologian (televisio, videopelit, moottoriajoneuvot) moraalisesti ja fyysisesti rappeuttavalta vaikutukselta. Tällä tavoin medikaalinen biovalta tarttui ihmisten elämäntilan säätelyyn institutionaalisten muotojen kautta.

Tiedon määrän lisääntyminen ja sen sisäistäminen johtaa terveyden yksilöllistymiseen, yksilön vastuuseen valinnoistaan ja yhteiskunnan parantamiseen yksilöitä vapauttamalla, kuten Rose (1999) toteaa. Logiikka näyttää toimivan myös Suomen Lääkärilehdessä, jossa elämäntapojen kontrolli valjastettiin arkisiin käytäntöihin, eli niihin

toimintataipumuksiin, joiden kautta ihmiset määrittävät vapauttaan. Arjen valintoja ja käyttäytymistä pyrittiin *piiloisesti* ohjailemaan yhä enemmän terveyttä edistävän tiedon varassa, jolloin velvollisuudentuntoinen kansalainen ehdollistuu valitsemaan uusimman asiantuntijatiedon nojalla vaihtoehtoista sen, jolla tämä moraalinen velvoite itseään ja muita kohtaan täyttyy (vrt. Miller & Rose 1997). Esimerkiksi vanhemmat (perhe) saattavat ymmärtää vapaudekseen valita ruokaostoksensa oman mielensä mukaan, mutta valinnat ohjautuvat tai niitä ohjailaan yhä enemmän ideologisiin ja moraalisiin seikkoihin painottuen, kuten vaikkapa perusteluihin ruoan keveydestä, terveellisyydestä ja eettisyydestä. Vallitsevissa puhetavoissa nämä valinnat kytkeytyvät onnistuneeseen painonhallintaan, jolloin ne määrittyvät moraaliseksi hyveiksi. Vanhempien moraalinen vastuu liitettiin myös osaksi lasten luonnollista kasvatustehtävää, jolla tarkoitetaan lapsen opastamista oikeisiin valintoihin, eli sisäistämään terveyden normi ja painonhallinnan periaatteet osaksi luonnollisia elämäntottumuksia.

Tutkimuksessani asiantuntijuuksien rooli korostui ilmiöiden poliittiselle agendalle päätyvissä problematisoinnissa (vrt. Miller ja Rose 1997), sekä ruumiillisen normaliteetin tuottamisessa. Ensinnäkin ruumiin kohtaaminen, kuten terveyden ja sairauden käsittely, määrittely ja tilastointi ovat yksinomaan biolääketieteellisen tutkimuskentän vallassa. Tämä mahdollisti ruumiin normaliteetin tuottamisen objektiiviselta ja tieteelliseltä kuulostavan painoindeksin avulla, jolloin normaliteetistä poikkeavat määrittyivät riski- ja ongelmatapauksiksi. Suomen Lääkärilehdessä painoindeksi -luokittelua hyväksi käyttäen kuvattiin ruumiin terveyttä, ruumiin funktionaalista toimivuutta, sekä eräänlaista hyvän elämän ideaali tilaa, johon kuuluu yleinen onnellisuus, onnistumiset elämässä ja elinvoimaisuus. Lisäksi ihmisten hyvinvoinnin ja terveyden representoitiin laskevan sitä mukaa, mitä kauemmaksi painoindeksin normaalista päädytään, jolloin normaalin pyrkiminen näyttäytyy kyseenalaistamattomana tavoitteena. Medikaalisen kontrollin käyttö ja ihmisten elämäntottumusten hallinta perustui siten lähtökohtaisesti ruumiidemme kategorisointiin, asemoiden ihmiset joko lihaviksi ja autettaviksi tai normaalipainoisiksi ja aktiivisiksi kansalaisiksi.

Lihavuus puolestaan kuvattiin ”sairauden kaltaiseksi”, terveen ja patologisen ruumiin erottajaksi, sekä normaalipainoisuuden normia vahvistavaksi. Lihavat ihmiset representoitiin pikemminkin tilastollisina ja mekaanisesti samalla tavalla toimivina esisairaina massoina, kuin yksilöllisiä eroavaisuuksia painottavina osallistuvina

subjekteina. Lihavuuteen liitettävän *elämäntapasairauden* leimalla haluttiin nähdäkseni korostaa yksilön ja yhteiskunnan mahdollisuutta kontrolloida lihavuutta, sillä lihavuus on ennaltaehkäistävissä elämäntapoja modifioimalla. Toisaalta, lihavuudelle kroonistuneessa kulttuurissamme ”taudille” on jokaisen helppo tai jopa väistämätöntä altistua. Lihavuus on siten jatkuva uhka, mutta samalla se mobilisoiva voima, jonka avulla yksilö valjastetaan tarkkailemaan itseään. Itsetarkkailun, elämänhallinnan ja painon välitöntä suhdetta kuvattiin painonhallinnan termillä, joka ilmentää painon hallitsemisen merkittävyyttä koko elämänhallinnan kontrolloitavuuden kannalta. Painonhallinta representoitiin ensisijaisesti elämäntapojen, eli itsen ja ympäristön jatkuvana ja vastavuoroisessa suhteessa tapahtuvana arjen hallintana. Lihavan ruumiillisuuden representaatiolla pyrittiin tuomaan esiin itsen ja ympäristön hallitsematon dialektiikka ja vastavuoroisesti korostamaan normaalipainoon liitettävän elämäntavan erinomaisuutta.

Suomen Lääkärilehden teksteissä lihavia ei kuitenkaan syyllistetty lihavuudestaan, vaan kulttuuristen tekijöiden ja ympäristön oletettiin vaikuttavan näiden ”tilastollisten massojen” käyttäytymiseen. Mielestäni kirjoittelulla haluttiin korostaa ihmisen biologista taipumusta ravinnon hamuamiseen – varsinkin olosuhteissa, joissa sitä on jatkuvasti tarjolla. Terveystieteiden kannalta, tätä kulttuuri-evolutionistista ajattelutapaa täytyy kuitenkin pystyä kontrolloimaan. Siten on kiinnostavaa huomata, kuinka voimakkaaseen ristipaineen tilaan aikamme somaattinen subjekti ajetaan: halumme himoita ja kuluttaa tunnustetaan (osin) geneettiseksi, eli tavallaan ”luonnolliseksi” ja normaaliksi, mutta samanaikaisesti meidän on taisteltava tätä biologista normaaliuttamme vastaan, jotta olisimme kulttuurisesti ja sosiaalisesti hyväksytyjä. Näin ollen medikaalinen kontrolli arvioi toimintaamme sen mukaan, miten hyvin onnistumme kontrolloimaan itseämme, ympäristön ja biologisten lainalaisuuksien puristuksessa. Asian voikin kiteyttää seuraavasti: ravinnon jatkuva hamuaminen on ihmisen normaali, biologinen ominaispiirre ts. evoluution ”jäännös”, mutta silti tätä viettiä on rajoitettava kulttuurisesti, jotta tavoitteemme pidemmästä ja elinvoimaisemmasta elämästä olisi mahdollinen.

Suomen Lääkärilehden lihavuuskirjoittelu kertookin vallitsevasta länsimaisesta – varsin biolääketieteellisestä tavasta ymmärtää ihmisolento mieli/ruumis -dualismin pohjalta: biolääketieteellisessä mielessä biologisen ihmisruumiin ravinnon määrä normaalien elintoimintojen ylläpitämiseen on tarkasti laskettavissa ja myös ihmisen mieli pystytään lääketieteellisyksiköiden menetelmin diagnosoimaan. Ruumiin normaalius määrittyy

siten naturalistisen terveystieteiden mukaan, jossa biologisella ruumiilla nähdään olevan jokin terveyden kannalta optimaalinen tila. Lihava tai ylipainoinen ruumis ei ole terveyden kannalta optimi, pikemminkin patologinen, poikkeava ja sen perusteella interventioita oikeuttava. Samalla kun Suomen Lääkärilehdessä lihavuus nähdään kulttuurin ja ympäristön aikaansaannoksena ja biologisena faktana, niin jollain tavalla lihavuus myös representoituu irrallisena yksilön identiteetistä – ikään kuin ylimääräisenä lihallisena materiaana, joka ei ”kuulu” subjektiuteen. Kirjoittelussa ei siten huomioida tai anneta arvoa sille, että yksilö on imenyt ympäristöstään ”ruumiin tietoa”, joka ei ole irrallista minuuden muodostumisessa. Kun kirjoittelussa vaaditaan muuttamaan biologista ruumiista, niin samalla käydään käsiksi yksilön sosiokulttuuriseen elämänselitykseen, ihmisen subjektiviteettiin eli kaikkeen siihen, jonka vaikutuksesta yksilölle on muodostunut identiteetti.

Gardia ja Wrightia (2005) mukailleen väitän, ettei aineistossani tuotettu *lihavuushysteria* tai *lihavuusepidemia*, ole ainut oikea ja luonnollinen tapa lähestyä lihavuusongelmaa, saati yleisemmin ruumiillisuutta ja terveyttä. Kuten jo aiemmin totesin, lihavuusongelman representoiminen on ennemminkin arvoihin ja ideologisiin uskomuksiin kiinnittynyt keino ymmärtää ja hallita todellisuutta, kuin vahvaan ja arvovapaaseen tieteelliseen näyttöön perustuva teesi. Näen terveystieteiden lihavuusepidemia -diskurssin ylläpitämisen psykologisena hallinnan tekniikkana, jossa väestö opetetaan tuomitsemaan – ei itseä tai itsekontrollin puutetta sinänsä, vaan vääränlaiset kulttuuriset kehitysmallit. Lihavuusongelman representoiminen ikään kuin ruumiita ulkoapäin lähestyvänä vaarana, on psykologis-taktinen keino muuttaa ihmisten käyttäytymistä tavanomaisten, yksilön syyttämiseen keskittyvien selitysten sijaan siten, että tulisimme suostutelluiksi mukaan oman kulttuurisen elinympäristömme muuttamiseen.

Tulokset vahvistavat käsitystä ruumiillisuuden symbolisesta merkittävydestä kulttuurissamme, eli ruumiin kyvystä representoida sekä minuutta, että kulttuurista järjestystä. Suomen Lääkärilehdessä uusinnettiin lihavuuden stigmaa niiltä osin, joiden mukaan lihava ruumis on ”esisairas” ja tietyllä tapaa moraaliton. Väestön ylipainoisuus ja lihavuus paljastaa ne puutteet ja moraaliset vinoumat, joita yhteiskuntamme rakenteista ja arvoperustasta on löydettävissä. Väestön lihavuuden hallinta on paitsi ruumiiden, niin erityisesti kulttuurisen tilan haltuunottoa ja hallintaa. Väitän, että huoli ruumiiden kunnosta on enemmänkin pelkoa kulttuurin dynaamisuudesta ja moninaistumisesta, jossa tuttuun ja



turvallisten arvostusten ja toimintatapojen rinnalle on noussut mitä erilaisempia ja keskenään kilpailevia elämäntapoja. Ruumiiden järjestämisellä ja hallitsemisella voidaan siten palauttaa tunne paitsi normaalista ja turvallisista kulttuurisista arvostuksista, niin luoda myös illuusio ympäröivän todellisuuden kontrolloitavuudesta.

Näyttää siis siltä, että medikaalisella kontrollilla pyritään merkittävästi vaikuttamaan siihen miten koemme ruumiimme, painomme ja hyvinvointimme. Lääketieteen kyky kehittää yksilön vitaalisuutta lähes loputtomiin on johtanut siihen, että yhä useammat ruumiimme toiminnot voidaan nähdä vajavaisina ja paranneltavissa olevina (Helén 2002). Lihavuus on ruumiin työstämisen kulttuurissa kuitenkin vain yksi ruumiin vitaalisuutta uhkaava elementti muiden mukana. Olennaisinta on huomata, että useimmat ruumiin kunnossapitoon, painonhallintaan ja nuoruuden tavoitteluun liittyvät käytännöt – nukkumisesta fyysiseen aktiivisuuteen – ovat astuneet medikaalisen kontrollin (biovallan) piiriin. Tutkimukseni nojalla väitän, ettei medikaalinen kontrolli pyri vaikuttamaan ainoastaan lihavuuteen tai lihaviin ruumiisiin, vaan koko ruumiilliseen olemukseemme ja tapamme olla maailmassa. Ruumiillinen olemus ja ruumiilliset *meriitit* tulevat yhä tärkeämmäksi esimerkiksi työnpaikan hankinnassa, työelämän vaatimukset itsessään edellyttävät hyvää ruumiin kuntoa, lasten kasvattamisessa korostuu ”ruumistietoisuus”, koulujen opetussuunnitelmat rakentuvat yhä enemmän terveystietoisuuden kehittämiseen, perheiden ajankäyttöä pyritään ohjailemaan siten, että se jäsentyy yhteisten ruokailuhetkien ja perheenjäsenten (liikunnallisten) harrastusten mukaan.

Edellisen kaltainen *vitaalipolitiikka* ohjaa meitä uudelleenmuokkaamaan minuuttamme, arvojamme ja tapojamme vitalistisesta näkökulmasta. On muistettava, ettei somaattinen subjektius ole jokin saavutettu päämäärä tai tila jonka hankkii automaattisesti normipainon myötä, vaan pikemminkin sisäistetty tapa toimia kulttuurissa, jossa vitaalisia voimia kehittävä toiminta on itsessään normaalia. Somaattinen subjektius on eräänlaista *healthism*-ajattelua (Crawford 1980), jossa medikalisoitunut subjekti – terveyden normin sisäistämänä – on ehdollistunut ajattelemaan elämäkäytäntöjään ruumiinsa kautta. Aina tarvittaessa turvaudumme asiantuntijoiden apuun, mutta viimekätinen vastuu ruumiistamme on meillä itsellämme. Itsestämme tulee elämänmittainen *ruumiin projekti*, kuten Shilling (1993) ansiokkaasti huomauttaa. Projekteissa lihavuuden pelko on kuin itseämme piiskaava ”kaloriton generaattori” ja onkin todennäköistä, että tulevaisuudessa lihavuus näyttäytyy yhä enemmän marginaaliin työnnetyltä, yksilön moraalisen

vastuuttomuuden symboliselta representaatiolta.

Tutkimuksellani en todellakaan halua kiistää lääketieteen tai terveystieteilijöiden merkittävyyttä ihmisten terveydelle ja hyvinvoinnille, vaan esittää kriittisiä huomioita medikaalisen kontrollin vaikuttavuudesta. En myöskään väitä, että ruumiillisuuden (lihavuuden) medikalisoituminen olisi yksistään medikaalisen kontrollin aikaansaannosta, vaan ruumiin medikalisoituminen saa voimansa monen eri tahon yhteisvaikutuksesta, kuten Tuomainen ym. (1999) huomauttavat. Esimerkiksi medialla tiedon välityksen apparaattina on keskeinen rooli medikalisaation ja medikaalisen kontrollin kentällä. Tieto, jota terveystieteilijät tuottavat lihavuudesta saa mediassa erilaisia merkityksiä, tulkintoja ja representaation muotoja, jotka valjastetaan kulloisiakin tarkoituksia ajaviksi. Poliittikan kentällä vellovat puhuvat saavat vitaalipoliittisia piirteitä, kun puhutaan vaikkapa hyvinvointivaltion rahoittamisen ja väestön ikääntymisen välisen yhtälön ratkaisusta. Ongelman selvittämiseksi meitä kehoitetaan tekemään töitä pidempään ja vanhemmiksi, joka tarkoittaa käytännössä työssä jaksamisen edellytysten kohentamista, kuten henkilökohtaisesta terveydestä huolehtimista.

Somaattisen subjektin eetosta ylläpidetään myös mainonnan ja markkinoiden avulla. Nuorekkuuden, sporttisuuden ja paremman terveyden tavoittelusta on tullut normi, jonka liikkeelle paneva voima piilee siinä, että ne ovat saavuttamattomia asioita; aina voi näyttää paremmalta tai elää ikuisesti nuorena. Plastiikkakirurgian, itsehoitomenetelmien ja uutuusdieettien avulla ulkoistamme ruumiimme ongelmakohdat, mutta toisaalta osoitamme, että otamme vastuun itsemme kuntoisuudesta. Näenkin, että ruumiin medikalisoituminen on yhteiskunnassamme medikaalisen kontrollin, poliittis-taloudellisten päämäärien, median, kuluttamisen ja yksilöllisyyden eetoksen paradoksi. Mitä terveemmiksi, hyväkuntoisemmiksi ja hallitummiksi tulemme, sitä huolestuneempia olemme itsessämme ja ympäristössämme esiintyvistä muutoksista, sekä siitä mikä on enää ”luonnollista”. Tapojen ja käyttäytymisen globalisoitumisen, ympäristön moniarvoistumisen, liikkumisen vapautumisen ja ihmisten valinnanmahdollisuuksien kasvun myötä myös potentiaalisten riskien mahdollisuus kasvaa ja kontrolli omasta ruumiista tiukentuu.

Jos voisimme palauttaa käsitteet hyvinvoinnista ja terveydestä universaaliin normaalipainoon, niin tällöin tämä(kin) tutkimus olisi täysin turha. Terveys ja hyvinvointi

ovat arvoina monille ensisijaisia, niin myös Suomen Lääkärilehdelle, mutta lehden lihavuuskirjoittelu ei mielestäni paneudu riittävästi näiden arvojen monimuotoiseen sisältöön. Suomessa käytävä lihavuuskeskustelu kaipaa näkökulman laajennusta sekä filosofisempaa otetta hyvinvoinnin sisällöstä. Mediassa hyvinvointi ja terveys useimmiten pelkistyy lääkärin viittaukseen painonhallinnan tärkeydestä, mutta miksi sosiologit, kulttuurintutkijat, filosofit tai kirjailijat eivät ota kärkeä kantaa yksipuoliseen hyvinvointi/lihavuuskeskusteluun? Ovatko terveys ja hyvinvointi biolääketieteellisiä faktoja? Entä subjektiivisen kokemuksen merkitys? Onko terveyden arvo ajassamme niin itsestään selvä, ettei sitä haluta kyseenalaistaa? (vrt. Alasuutari 1992, 114). Tasa-arvon, suvaitsevaisuuden ja sananvapauden tärkeydestä jaksetaan muistuttaa juhlapuheissa ja yhteiskunnan eri instituutioissa, mutta samanaikaisesti nämä instituutiot ja puhuvat tuottavat todellisuutta, jossa ruumiillinen liikkumatila käy yhä ahtaammaksi.

Lihavuuden monitieteellinen tutkiminen on tärkeää, koska ruumiissa risteävät niin kulttuuriset, kokemukselliset kuin biologiset merkitykset. Lihavuustutkimuksen tulisi kehittää eri tieteenalojen yhteistyötä ihmisen monimuotoisemman hyvinvoinnin lähtökohdista käsin; tavallisen kansalaisen hyvinvoinnin kannalta kiistely siitä onko ihminen ensisijaisesti biologinen vai kulttuurinen vaikuttaa toissijaiselta. Vaikeasti ylipainoinen voi aidosti tuntea ruumiinsa liikuntarajoitteiseksi, eikä häntä lohduta kuulla, että hänen ruumiinsa on sosiaalinen konstruktio. Lihavan hyvinvointia ei myöskään edesauta, että hän painonsa perusteella merkityksellistyy laiskaksi, saamattomaksi tai vastuuntunnottomaksi. Ruumista on jatkossa(kin) tutkittava niin biologisena materiaana, kuin merkitysten tasolla, mutta yhteiskuntatieteilijät voisivat toimia näkyvämmiin terveysvalistuksen kentällä. Yhteiskuntatieteellinen lihavuustutkimus on ansiokasta siinä mielessä, että se pyrkii tekemään näkyviksi ruumiita alistavat, normittavat ja rajoittavat käytännöt (esim. Gard & Wright 2005; Harjunen & Kyrölä 2007; Wright & Harwood 2009) mutta sen täytyy kyetä valjastamaan tämä tieto-taito myös yhteiskunnalliseen keskusteluun. Ollakseen vakuuttavaa ja perusteltua, empiirisen yhteiskuntatieteellisen lihavuuden- ja ruumiillisuuden tutkimuksen on kyettävä yhteensovittamaan ruumiin materiaallinen perusta ja diskursiivinen merkityksenanto yhtenäiseksi paradigmaksi.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on taitoa vaativaa, jossa olennaisinta ei ole pelkästään se mitä puhutaan, vaan miten puhutaan. Terveysasiantuntijat voisivat esimerkiksi painottaa, ettei hyvinvointi ole sama asia kuin luku vaa'alla. Pelkkä lukema

vaa'alla ei välttämättä kerro mitään punnitun yksilön henkilökohtaisista hyvinvoinnin kokemuksista, vaan enemmänkin yhteiskunnallisista asenteista ja arvostuksista. Kuitenkin liian usein lääkärin tai terveydenhoitajan viesti kuuluu, että hyvinvoinnin kannalta olisi syytä laihtuttaa. Mielestäni terveyden edistämässä ja lihavuuskeskustelussa tulisi pyrkiä pois *normipainoa* ylistävistä puhetavoista, koska valistuksesta huolimatta monet meistä eivät kykene, tai edes halua koskaan saavuttaa tuota normia. Kokonaishyvinvoinnin kannalta parempi lopputulos saavutetaan, kun hyväksytään ruumiiden erilaisuus ja keskitytään erikokoisten ruumiiden mahdollisuuksiin kokea ja tuntea oma ruumiillisuus ilman, että automaattiseksi tavoitteeksi asetetaan painoindeksin mukainen normipaino. Tällöin jokainen ruumis voi tuntea hyvinvointia, ikään kuin ruumiin *omilla ehdoilla*, eikä hyvinvoinnin kokemus määrity ulkoisten mittareiden kautta.

Olen samaa mieltä Beausoleil'n (2009, 93) kanssa siitä, kuinka lihavuuspaniikin lietsonta sekä yksipuoliset diskurssit terveellisestä ruumiista voivat paradoksaalisesti edesauttaa syömishäiriöiden kehittymisessä ja luoda tuhoisia käyttäytymismalleja sekä pakonomaisia pelkoja omaa ruumistaan kohtaan. Jos ruumiin terveyttä ja hyvinvointia mitataan pelkästään mekaanisiin lukuarvoihin perustuen, niin tällöin numerot ja lukemat saattavat häivyttää yksilön aidon, *ruumiillisen* tuntemuksen. Mittaamalla painoa ja luokittelemalla ihmiset ylipainoisiin tai lihaviin, emme varmuudella tiedä henkilön minäkäsityksestä (Polso 1996, 65) taikka henkilökohtaisesta hyvinvoinnista mitään olennaista. Siksi ruumiita tulisikin lähestyä yksilöllisinä, ainutlaatuisina ja kokevina, ei pelkästään representoivina pintoina. On varottava yleistäviä puhetapoja, joissa hyvinvointi kulminoituu lähes automaattisesti normipainoon ja laihtuttaminen nähdään hyväksyttävyyden tekniikkana. Hyvinvoinnin kokemus tulisi syntyä siitä, että yksilö aidosti kokee ja tuntee ruumiillaan jotain itselleen mielekäästä; eikä siten, että kykenee saavuttamaan jonkin normitetun kelpoisuuden.

Tutkielmani metodologiset-teoreettiset sitoumukset asettivat empiirisen tutkimuksen tekemiselle tietyt haasteet ja reunaehdot. Ruumiin ja lihavuuden tarkastelu medikaalisen biovallan kontekstissa, konstruktionistisesti tuotettuna saattaa jopa ylikorostaa rakenteen, ympäristön ja diskurssien merkitystä ihmisen toiminnassa. Kritiikki, jota konstruktionistista ja erityisesti Foucault-painotteista ruumisnäkemystä kohtaan esitetään (ks. Shilling 1993, 10, 80, 198; Williams & Bendelow 1998, 34-35) on aiheellista siinä mielessä, että se jättää ruumiin subjektiivisen kokemuksellisuuden, toimijuuden ja ruumiin

materialistisen puolen vähemmälle huomiolle. Tutkimuksessani tämä on tiedostettu ja tietoinen valinta, jota perustelen Turnerin (1992, 57) metodologisen pragmatismien periaatteella. Se tarkoittaa, että tutkimusongelman luonteen tulisi ainakin joltain osin määrätä sosiaalitieteilijän epistemologisen näkökulman, teoreettisen orientaation ja metodologisen tekniikan valintaa (emt.). Tutkimusorientaatiollani halusin *ensisijaisesti* painottaa medikaalisen biovallan tuottamia diskursiivisia merkityksiä, jotka ovat vaikuttamassa siihen miten ihmiset itsensä ja ruumiinsa kokevat. Korostan kuitenkin, että lähestymistapani hyväksyi ruumiin materiaalsen perustan, vaikka en ensisijaisesti siitä ruumiillisuuden aspektista ollutkaan kiinnostunut.

Foucault'n anti tälle tutkimukselle on kahtalainen. Hänen ajatuksensa siitä kuinka ruumista tuotetaan (osin) diskursiivisesti, institutionaalisen asiantuntijavallan puristuksessa, kuvastaa hyvin niitä tapoja, joilla Suomen Lääkärilehdessä lihavaa ruumiillisuutta merkityksellistetään ja kuinka ruumiiseen pyritään sisäänkoodaamaan käyttäytymis- ja ajattelumalleja. Toisaalta foucaultlainen – konstruktionistis-biopoliittinen viitekehys – haastoi minua väsymättä pohtimaan sitä, mitä oikeastaan olen tutkimassa. Missä määrin tutkimukseni pelkistyy vallan, diskurssien ja merkitysten tarkasteluun? Voinko väittää tietäväni jotain ruumiiden tai lihavuuden kokemuksellisuudesta? Ongelmaani helpotti kun ymmärsin, ettei tehtäväni ole ratkaista ruumiin ontologista pulmaa tai sanoa tutkimuksellani jotain sellaista, joka ei ole tämän tutkimuksen valossa mahdollista. Voin siis ainoastaan – empiirisen analyysini ja teoreettis-metodologisten reunaehtojen sallimissa rajoissa – väittää, että ruumiin kokemuksellisuuteen, käyttäytymiseen ja tapaan toimia sosiaalisessa todellisuudessa vaikuttavat kulttuurisessa valtakamppailussa muodostuneet medikaaliset diskurssit.

Koin lihavuuden hegemonisten diskurssien tutkimisen ja analysoinnin merkitykselliseksi, koska sillä tavoin oli mahdollista osoittaa stereotyyppisten puhetapojen puutteellisuus ja mahdollisesti myös helpottaa tiettyjen ihmisryhmien elämää. Varsinainen lihavuuden sosiologinen analyysi on verrattain vähäistä, mutta lähteiden niukkuus ei sinällään ollut hidaste tutkimukselleni, koska piirsin teoreettis-metodologisen kartan sosiaalisen kontrollin tematiikkaa mukaillen. Tutkimustehtävääni ajatellen kriittinen diskurssianalyysi oli metodina perusteltu, mutta vaikeaselkoinen. Se ei tarjonnut mitään valmista mekaanista tapaa edetä tutkimuksessa, vaan minun oli jatkuvasti käytävä vuoropuhelua itseni, tutkimustehtävän, aineiston ja teorian välillä. Juhilan (1999, 201-232) tyyppittelemien

tutkijanpositioiden kartalla, löysin itseni asianajajan roolista. Pyrin tutkimuksellani ajamaan erilaisten ruumiillisuuksien hyväksyttävyyttä, joka käytännössä tarkoitti, että analysoin aineistoani tietyllä tapaa motivoitunein silmin (vrt. emt). Tieteen objektiivisuus -kriteerien kannalta koin tämän haastavana, sillä samanaikaisesti kun pyrkii olemaan ideologiakriittinen, kyseenalaistava ja jopa poleeminen, niin huomaa itse toimivansa ideologisesti virittyneellä tavalla.

Miellän diskurssianalyttisen tutkimuksen tekemisen rikastuttavaksi – merkitysten ja tulkinnan päättymättömäksi seikkailuksi, joka mahdollistaa tutkijan mielikuvituksen luovan, mutta erityisen perustellun käytön. Tutkimukseni onkin tietyllä tapaa itseni näköinen; samalla kun se kertoo tutkittavasta ilmiöstä, se kertoo myös minusta ihmisenä ja ehkä myös omista arvoistani. En siis usko siihen, että roolini ”tutkijana” eroaisi merkittävästi siitä mitä olen ihmisenä. Tarkoitan, etten kykene asettumaan tutkimukseni ulkopuolelle ja tarkastelemaan ilmiötä jotenkin täysin objektiiviselta kannalta. Tiedostan, että (erityisesti ruumiillisuuden) tutkijana, koko tutkimusprosessiini liittyviin valintoihini ja sitoumuksiini ovat olleet vaikuttamassa koko henkilökohtainen elämänhistoriani, kuten sen biologiset lainalaisuudet ja sosiokulttuurinen ympäristö. Olen luonnollinen osa itse tutkimuskohdetta ja konstruktionistisesti orientoituneena tutkijana haluankin muistuttaa, että myös tämä tutkimus itsessään on osa sen todellisuuden rakentumisesta, joka voidaan käsittää todellisuutena. Tämän todellisuuden tuottamisessa on tietenkin pyritty noudattamaan tieteellisiä menetelmiä, joilla taataan mahdollisimman luotettava ja perusteltu tiedon esittäminen.

Tässä tutkimuksessa olen kuvannut niitä medikaalisen kontrollin tapoja, joilla lihavuuskeskustelussa elämäntapoihin vaikutetaan, mutta noiden vaikutusten subjektiiviset kokemukset ovat jääneet spekuloinnin tasolle. Miten terveysasiantuntijoiden lihavuuspuheessa ilmenevä medikaalinen kontrolli sitten oikeasti koetaan yksilötasolla? Tuntevatko ihmiset voivansa vastustaa vallitsevaa kehitystä, jossa terveyden normi ohjaa käyttäytymistämme ja miten yksilö kokee kontrollin hyvinvoinnin kannalta? Nämä ovat kysymyksiä, joihin ei tämän tutkimuksen puitteissa voida antaa vastauksia. Tutkimukseni loppuukin siihen, mistä seuraavan tutkimuksen olisi hyvä ponnistaa.

Jatkotutkimuksen aihe voisikin painottua ihmisten kokemuksiin ja toiminnallisen näkökulman korostamiseen, eli siihen miten ihmiset toiminnallaan itse, joko uusintavat tai

murtavat hegemonista terveyden eetoksen tendenssiä. Näkökulmassa painottuisi toiminnan ja vastarinnan mahdollisuus, jolloin tulisi kuvattua moninaisemmin niitä yksilöllisiä – joskus täysin ristiriitaisiakin – ruumiillisia tapoja ja kokemuksia, joilla ihmiset tekevät arjestaan mielekästä. Empiirinen silmäni nimittäin havainnoi, että vitalistinen ja hyvinvoiva elämäntapa perustuu yhä enemmän vastavoimien ympärille: juhlitaan, syödään epäterveellisesti ja tupakoidaan, mutta seuraavassa hetkessä otetaan täysivaltainen – jopa askeettinen kontrolli omasta kehosta. Huomio vahvistaa käsitystäni, kuinka hyvinvoinnin(kin) kannalta ruumista tulisi tutkia samanaikaisesti sekä elettyinä ja tuntevana, että merkityksiin tarttuvana.

## Lähteet

Ahmed, Sara (2003) Pelon politiikka. Teoksessa Lehtonen, Mikko & Löytty, Olli (toim.), Huttunen, Laura (suom.) Vastapaino. Tampere. s. 189-211

Alasuutari, Pertti (1992) Terveyskasvatus kulttuuri-ilmionä. Teoksessa Karisto, Antti; Lahelma, Eero; Rahkonen, Ossi (toim.) Terveys sosiologia. WSOY. Juva. s. 107-120

Alasuutari, Pertti (1994) Laadullinen tutkimus. 2. uudistettu painos. Vastapaino. Tampere.

Beausoleil, Natalie (2009) An Impossible Task?: Preventing Disordered Eating in the Context of the Current Obesity Panic. Teoksessa Wright, Jan & Harwood, Valerie (toim.) Biopolitics and the 'Obesity Epidemic' – Governing Bodies. Routledge. NY. s. 93-107

Berthelot, J.M. (1991) Sociological Discourse and the Body. Teoksessa Featherstone, Mike; Hepworth, Mike; Turner, Bryan S. (toim.) The Body – Social Process and Cultural Theory. Sage Publications. London. s. 390-404

Bordo, Susan (1993a) Feminism, Foucault and the politics of the body. Teoksessa Ramazanoglu, Caroline (toim.) Up Against Foucault – Explorations of some tensions between Foucault and feminism. Routledge. London & New York. s. 179-202

Bordo, Susan (1993b) Unbearable Weight – Feminism, Western Culture and the Body. University of California Press. Berkeley, Los Angeles & London.

Bordo, Susan (2003) Unbearable Weight – Feminism, Western Culture and the Body: Tenth Anniversary Edition. University of California Press. Berkeley, Los Angeles & London.

Bourdieu, Pierre (1984) Distinction: a social critique of the judgement of taste. Transl. by Nice, Richard. Harvard University Press. Cambridge.

Conrad, Peter & Schneider, Joseph W. (1992) Deviance and medicalization: from badness to sickness. Temple University Press. Philadelphia.



Cooper, Charlotte (1998) *Fat and Proud – The Politics of Size*. The Women's Press Ltd. London.

Crawford, Robert (1980) Healthism and the medicalization of everyday life. *International Journal of Health Services* 10:365-388.

Dean, Mitchell (1999) *Governmentality – Power and Rule in Modern Society*. Sage Publications. London.

Douglas, Mary (2000) Puhtaus ja vaara – ritualistisen rajanvedon analyysi. Blom, Virpi ja Hazard, Kaarina (suom.) *Vastapaino*. Tampere.

Durkheim, Emile (1985) *Itsemurha*. Randell, Seppo (suom.). Tammi. Helsinki.

Elias, Norbert (1978) *The civilizing process*, transl. by Jephcott, Edmund. Vol 1, *The history of manners*. Blackwell. Oxford.

Eskola, Jari & Suoranta, Juha (1998) *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. 2. painos *Vastapaino*. Tampere.

Fairclough, Norman (1997) *Miten media puhuu*. Bloom, Virpi & Hazard, Kaarina (suom.) *Vastapaino*. Tampere.

Fairclough, Norman (1992) *Discourse and social change*. Polity. Cambridge.

Featherstone, Mike (1991) *The Body in Consumer Culture*. Teoksessa Featherstone, Mike; Hepworth, Mike; Turner, Bryan S. (toim.) *The Body – Social Process and Cultural Theory*. Sage Publications. London. s. 170-196

Fogelholm, Mikael (1998) *Lihavuuden arviointi*. Teoksessa Fogelholm, Mikael; Mustajoki, Pertti; Rissanen, Aila; Uusitupa, Matti (toim.) *Lihavuus – Ongelma ja hoito*. 2. uudistettu painos. Duodecim. Helsinki. s. 29-38

- Foucault, Michel (1980) Tarkkailla ja rangaista. Nivanka, Eevi (suom.) Keuruu. Otava.
- Foucault, Michel (1982) Afterword – The Subject and Power. Teoksessa Dreyfus, Hubert L. & Rabinow, Paul. Michel Foucault: Beyond Structuralism and the Hermeneutics. s. 208-226
- Foucault, Michel (1998) Seksuaalisuuden historia. (suom.) Sivenius, Kaisa. Gaudeamus. Tampere.
- Foucault, Michel (2005) Tiedon arkeologia. Kilpeläinen, Tapani (suom.) Vastapaino. Tampere.
- Gard, Michael & Wright, Jan (2005) The Obesity Epidemic – Science, morality and ideology. Routledge. London & New York.
- Giddens, Anthony (1991) Modernity and self-identity – Self and Society in the Late Modern Age. Polity Press. Cambridge.
- Goffman, Erving (1986) Stigma: notes on the management of the spoiled identity. Penguin Books. Harmondsworth.
- Hall, Stuart (1999) Identiteetti. Lehtonen, Mikko ja Herkman, Juha (suom. ja toim.) Vastapaino. Tampere.
- Halse, Christine (2009) Bio-Citizenship: Virtue Discourses and the Birth of the Bio-Citizen. Teoksessa Wright, Jan & Harwood, Valerie (toim.) Biopolitics and the 'Obesity Epidemic' – Governing Bodies. Routledge. NY. s. 45-59
- Harjunen, Hannele (2004a) Lihavuus ja moraalinen paniikki. Yhteiskuntapolitiikka 4/2004. s. 412-419
- Harjunen, Hannele (2004b) Lihavuus, stigma ja sukupuoli. Teoksessa Jokinen, Eeva; Kaskisaari, Marja & Husso, Marita (toim.) Ruumis töihin! Käsite ja käytäntö. Vastapaino. Tampere. s. 243-262

Harjunen, Hannele (2007) Lihavuus välitilana. Teoksessa Kyrölä, Katariina ja Harjunen, Hannele (toim.) Koolla on väliä! – Lihavuus, ruumisnormit ja sukupuoli Like. Helsinki. s. 205-227

Harjunen, Hannele & Kyrölä, Katariina (2007) Johdanto – Lihavuustutkimusta toisin. Teoksessa Kyrölä, Katariina ja Harjunen, Hannele (toim.) Koolla on väliä! – Lihavuus, ruumisnormit ja sukupuoli. Like. Helsinki. s. 9-46

Heinämaa, Sara (2000) Ihmetys ja rakkaus – esseitä ruumiin ja sukupuolen fenomenologiasta. Nemo. Helsinki.

Helén, Ilpo (2000) Ruumiillistunut sosiologia. Teoksessa Kangas, Ilka; Karvonen, Sakari; Lillrank, Annika (toim.) Terveys sosiologian suuntauksia. Gaudeamus. Helsinki. s. 154-175

Helén, Ilpo (2002) Lääketieteen lupaus ja elämän politiikka. Teoksessa Sosiologia -lehti, 2/2002, Westermarck- seuran julkaisu 39. vuosikerta. s. 104-115

Helén, Ilpo & Jauho, Mikko (2003) Terveyskansalaisuus ja elämän politiikka. Teoksessa Helén, Ilpo & Jauho, Mikko (toim.) Kansalaisuus ja Kansanterveys. Gaudeamus. Helsinki. s. 13-32

Helén, Ilpo (2004) Hyvinvointi, vapaus ja elämän politiikka: foucaultlainen hallinnan analytiikka. Teoksessa Rahkonen, Keijo (toim.) Sosiologisia nykykeskusteluja. Gaudeamus. Helsinki. s. 206-236

Honkasalo, Marja-Liisa (2000) Miten sairaus rakentuu sosiaalisesti? Teoksessa Kangas, Ilka; Karvonen, Sakari; Lillrank, Annika (toim.) Terveys sosiologian suuntauksia. Gaudeamus. Helsinki. s. 53-73

Illich, Ivan (1975) Medical nemesis. The Expropriation on Health. Marion Boyars. London.

Itkonen, Hannu (1996) Kenttien kutsu – Tutkimus liikuntakulttuurin muutoksesta.

Tammer-Paino Oy. Tampere.

Jokinen, Arja & Juhila, Kirsi (1993) Valtasuhteiden analysoiminen. Teoksessa Jokinen, Arja; Juhila, Kirsi & Suoninen, Eero. Diskurssianalyysin aakkoset. Vastapaino. Tampere. s. 75-108

Jokinen, Arja; Juhila, Kirsi; Suoninen, Eero (1993) Diskursiivinen maailma – Teoreettiset lähtökohdat ja analyttiset käsitteet. Teoksessa Jokinen, Arja; Juhila, Kirsi & Suoninen, Eero. Diskurssianalyysin aakkoset. Vastapaino. Tampere. s. 17-47

Jokinen, Arja (1999) Diskurssianalyysin suhde sukulaistraditioihin. Teoksessa Jokinen, Arja; Juhila, Kirsi; Suoninen, Eero, Diskurssianalyysi liikkeessä. Vastapaino. Tampere. s. 37-53

Jokinen, Arja & Juhila, Kirsi (1999) Diskurssianalyttisen tutkimuksen kartta. Teoksessa Jokinen, Arja; Juhila, Kirsi; Suoninen, Eero, Diskurssianalyysi liikkeessä. Vastapaino. Tampere. s. 54-97

Jokinen, Eeva; Kaskisaari, Marja & Husso, Marita (2004) Ruumiin taju – Rakenteet, kokemukset, subjekti. Teoksessa Jokinen, Eeva; Marja Kaskisaari & Husso, Marita (toim.) Ruumis töihin! Käsite ja käytäntö. Vastapaino. Tampere. s. 7-13

Juhila, Kirsi (1993) Miten tarinasta tulee tosi? Faktuaalistamisstrategiat viranomaispuheessa. Teoksessa Jokinen, Arja; Juhila, Kirsi; Suoninen, Eero. Diskurssianalyysin aakkoset. Vastapaino. Tampere. s. 151-188

Juhila, Kirsi (1999) Kulttuurin jatkuvasti rakentuvat kentät – Tilanteisesta kulttuuriseen kontekstiin. Teoksessa Jokinen, Arja; Juhila, Kirsi & Suoninen, Eero, Diskurssianalyysi liikkeessä. Vastapaino. Tampere. s. 160-198

Juhila, Kirsi (1999) Tutkijan positiot. Teoksessa Jokinen, Arja; Juhila, Kirsi; Suoninen, Eero, Diskurssianalyysi liikkeessä. Vastapaino. Tampere. s. 201-232

Julkunen, Raija (2004) Sosiaalipolitiikan ruumis. Teoksessa Jokinen, Eeva, Marja

Kaskisaari & Husso, Marita (toim.) Ruumis töihin! Käsite ja käytäntö. Vastapaino. Tampere. s. 17-40

Jutel, Annemarie (2009) Doctor's Orders: Diagnosis, Medical Authority and the Exploitation of the Fat Body. Teoksessa Wright, Jan & Harwood, Valerie (toim.) Biopolitics and the 'Obesity Epidemic' – Governing Bodies. Routledge. NY. s. 60-77

Kangas, Ilka & Karvonen, Sakari (2000) Terveys sosiologia ja postmoderni. Teoksessa Kangas, Ilka; Karvonen, Sakari; Lillrank, Annika (toim.) Terveys sosiologian suuntauksia. Gaudeamus. Helsinki. s. 176-188

Karisto, Antti & Rahkonen, Ossi (2000) Kaikuja kahden vuosikymmenen takaa – kriittinen terveystutkimus Suomessa. Teoksessa Kangas, Ilka; Karvonen, Sakari; Lillrank, Annika (toim.) Terveys sosiologian suuntauksia. Gaudeamus. Helsinki. s. 38-52

Kinnunen, Taina (2001) Pyhät bodarit – Yhteisöllisyys ja onni täydellisessä ruumiissa. Gaudeamus. Helsinki.

Koski, Tapio (2000) Liikunta elämäntapana ja henkisen kasvun välineenä – Filosofinen tutkimus liikunnan merkityksestä, esimerkkeinä jooga ja zen-budo. Tampere university press. Tampere.

Kosonen, Ulla (1997) Nähdyn tuleminen kaipuu ja häpeä. Teoksessa Jokinen, Eeva (toim.) Ruumiin siteet – Kirjoituksia eroista, järjestyksistä ja sukupuolesta. Vastapaino. Tampere. s. 21-41

Kusch, Martin (1993) Tiedon kentät ja kerrostumat – Michel Foucault'n tieteen tutkimuksen lähtökohdat. Hakosalo, Heini (suom.) Kustannus Pohjoinen. Oulu.

Kyrölä, Katariina: Lihavuusvaara! Pelon politiikka ja lihava ruumiillisuus Helsingin Sanomissa (2007) Teoksessa Kyrölä, Katariina ja Harjunen, Hannele (toim.) Koolla on väliä! – Lihavuus, ruumisnormit ja sukupuoli. Like. Helsinki. s. 49-82

Lupton, Deborah (1995) The Imperative of Health – Public Health and the Regulated

Body. Sage Publications. London.

Lupton, Deborah (1996) Food, the Body and the Self. Sage Publications. London.

Lupton, Deborah (1999) Risk. Routledge. London.

Lupton, Deborah (2003) Medicine as culture: illness, disease and the body in Western societies, 2nd edition. Sage Publications. Thousand Oaks. London.

<http://site.ebrary.com/lib/jyvaskyla/docDetail.action?docID=10080891> [Luettu 3. 4. 2009]

Merleau-Ponty, Maurice (1962) Phenomenology of Perception. Routledge & Kegan, London.

Miller, Peter & Rose, Nikolas (1997) Köyhiä ohjelmoimassa: köyhyyslaskelma ja asiantuntijatieto. Teoksessa Hänninen, Sakari & Karjalainen, Jouko (toim.) Biovallan kysymyksiä – Kirjoituksia köyhyyden ja sosiaalisten uhkien hallinnoimisesta. Gaudeamus. Helsinki. s. 111-149

Murray, Samantha (2009) 'Marked as 'Pathological': 'Fat' Bodies as Virtual Confessors. Teoksessa Wright, Jan & Harwood, Valerie (toim.) Biopolitics and the 'Obesity Epidemic' – Governing Bodies. Routledge. NY. s. 78-90

Mustajoki, Pertti (2008) Ylipaino – Tietoa lihavuudesta ja painonhallinnasta. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

Oinas, Elina (2001) Ruumiita akatemiassa! Sosiaalitieteellistä välttelyä, innostusta ja teoretisointia. Teoksessa Puuronen, Anne ja Välimaa, Raili (toim.) Nuori Ruumis. Gaudeamus. Helsinki. s. 17-29

Oksala, Johanna (1997) Foucault ja feminismi. Teoksessa Heinämaa, Sara; Reuter, Martina; Saarikangas, Kirsi (toim.) Ruumiin kuvia – Subjektin ja sukupuolen muunnelmia. Gaudeamus. Helsinki. s. 168-190

Pajala, Outi (2007) ”Milessä häämöitti punainen mekko” – Vaate, sukupuoli ja

laihduuttaminen Painonvartijat-yrityksen ”menestystarinoissa.” Teoksessa Kyrölä, Katariina ja Harjunen, Hannele (toim.) Koolla on väliä! – Lihavuus, ruumisnormit ja sukupuoli. Like. Helsinki. s. 83-106

Pirttilä, Ilkka (1994) Normaalin tulkinta ammattina. Teoksessa Itkonen, Hannu; Myllykangas, Markku; Pirttilä, Ilkka; Tuomainen, Raimo. Elämän normittajat – Instituutiot ja asiantuntijat oikeaa elämää etsimässä. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu. Joensuu. s. 76-96

Polso, Lea (1996) Kietoutuneen laihduttajan ura – Ylipaino haasteena naisen elämässä. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimusraportteja. Helsinki.

Rautaparta, Malla (1997) Ruumis subjektina Merleau-Pontyn filosofiassa. Teoksessa Heinämaa, Sara; Reuter, Martina; Saarikangas, Kirsi (toim.) Ruumiin kuvia – Subjektin ja sukupuolen muunnelmia. Gaudeamus. Helsinki. s. 129-135

Rose, Nikolas (1999a) Governing the Soul – The Shaping of the Private Self. Second Edition. Free Association Books. London/New York.

Rose, Nikolas (1999b) Powers of freedom: reframing political thought. Cambridge University Press. Cambridge.

Rose, Nikolas (2001) Elämän itsensä politiikka. Mianna Meskus (suom.) Tiede ja edistys 26:2 s. 81-101

Ross, Bruce (2005) Fat or fiction: weighing the obesity ‘epidemic’. Teoksessa Gard, Michael & Wright, Jan. The Obesity Epidemic – Science, morality and ideology. Routledge. London & New York. s. 86-106

Shilling, Chris (1993) The Body and Social Theory. Sage Publications. Lontoo.

Shilling, Chris (2007) Sociology and the Body: classical traditions and new agendas. Teokesessa Shilling, Chris (toim.) Embodying Sociology: Retrospect, Progress and Prospects. Blackwell Publishing. Australia. s. 1-18

Simmel, Georg (2005) Suurkaupunki ja moderni elämä – Kirjoituksia vuosilta 1895-1917. Huuhtanen, Tiina (suom.) Gaudeamus.

Sulkunen, Pekka (1997) Todellisuuden ymmärrettävyys ja diskurssianalyysin rajat. Teoksessa Sulkunen, Pekka & Törrönen, Jukka (toim.) Semioottisen sosiologian näkökulmia – Sosiaalisen todellisuuden rakentuminen ja ymmärrettävyys. Gaudeamus. Tampere. s. 13-53

Suoninen, Eero (1993) Kielen käytön vaihtelevuuden analysoiminen. Teoksessa Jokinen, Arja; Juhila, Kirsi; Suoninen, Eero. Diskurssianalyysin aakkoset. Vastapaino. Tampere. s. 48-74

Suoninen, Eero (1999) Näkökulma sosiaalisen todellisuuden rakentumiseen. Teoksessa Jokinen, Arja; Juhila, Kirsi; Suoninen, Eero, Diskurssianalyysi liikkeessä. Vastapaino. Tampere. s. 17-36

Timonen, Päivi (2009) Arkiset haaveet – luontoharrastukset nautinnon lähteenä. Teoksessa Liikkanen, Mirja (toim.) Suomalainen vapaa-aika – Arjen ilot ja valinnat. Gaudeamus. Helsinki.

Tuomainen, Raimo; Myllykangas, Markku; Elo, Jyrki; Ryytänen, Olli-Pekka (1999) Medikalisaatio – aikamme sairaus. Vastapaino. Tampere.

Turner, Bryan S. (1984) The Body and Society – Explorations in Social Theory. Basil Blackwell. Oxford. UK.

Turner, Bryan S. (1992) Regulating bodies – Essays in medical sociology. Routledge. London & New York

Vähämäki, Jussi (1998) Elämänpolitiikka ja biopolitiikka. Teoksessa Roos, J.P & Hoikkala, Tommi (toim.) Elämänpolitiikka. Gaudeamus. Helsinki. s. 128-151

Weber, Max (1980) Protestanttinen etiikka ja kapitalismin henki. Kyntäjä, Timo (suom.)



WSOY. Juva.

Williams Simon J. & Bendelow Gillian (1998) *The Lived Body – Sociological themes, embodied issues*. Routledge. New York.

Wright, Jan (2009) *Biopower, Biopedagogies and the Obesity Epidemic*. Teoksessa Wright, Jan & Harwood, Valerie (toim.) *Biopolitics and the 'Obesity Epidemic' – Governing Bodies*. Routledge. NY. s. 1-14

Ziehe, Thomas (1991) *Uusi nuoriso: epätavanomaisen oppimisen puolustus*. Sironen, Raija & Tuormaa, Jussi (suom.) *Jälkisanat* Aittola, Tapio; Jokinen, Kimmo; Laine, Kaarlo; Sironen, Esa. Vastapaino. Tampere.

Zola, Irving (1972) *Medicine as an institution of social control*. Julkaisussa *Sociological Review*. Vol 20 s. 487-504

### **Elektroniset lähteet:**

Campos, Paul; Saguy, Abigail; Ernsberger, Paul; Oliver, Eric & Gaesser, Glenn (2006) *The Epidemiology of overweight and obesity: public health crisis or moral panic?* Julkaisussa *International Journal of Epidemiology*. Vol 35/2006 s. 55-60  
<http://ije.oxfordjournals.org/cgi/reprint/35/1/55?ijkey=3a499a256e1c6b306aa3c9c113478dfb7f844412> [Luettu 4. 5. 2009]

Conrad, Peter (1992) *Medicalization and social control*. Julkaisussa *Annual Review of Sociology*, Vol 18/1992. s. 209-232 <http://www.jstor.org/stable/2083452>  
[Luettu 4. 10. 2008]

Crawford, Robert (2006) *Health as a meaningful social practise*. Julkaisussa *An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*. Sage

Publications. Vol 10(4) s. 401-420 <http://hea.sagepub.com/cgi/reprint/10/4/401>

[Luettu 22. 2. 2009]

Crossley, Nick (2004) Fat is a Sociological Issue: Obesity Rates in Late Modern "Body-Conscious" Societies. Julkaisussa *Social Theory and Health*. Vol 2/2004 s. 222-253

<http://www.palgrave-journals.com/sth/journal/v2/n3/pdf/8700030a.pdf> [Luettu 12. 9. 2008]

Helakorpi, Satu; Prättälä, Ritva; Uutela, Antti: Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2007. Kansanterveyslaitoksen (KTL) julkaisuja (B6/2008).Yliopistopaino.Helsinki.

[http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja\\_b/2008/2008b06.pdf](http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b06.pdf)

[Luettu 23. 3. 2009]

Helsingin Sanomat, 8. 1. 2007: "Viisikko, läski ja eväskorin salaisuus"

<http://www.hs.fi/artikkeli/Viisikko+l%C3%A4ski+ja+ev%C3%A4skorin+salaisuus/1135224142481> [Luettu 24. 3. 2009]

Helsingin Sanomat, 20. 1. 2007: "Läskin hoito käy Suomella kalliiksi"

<http://www.hs.fi/juttusarja/laskikapina/artikkeli/L%C3%A4skin+hoito+k%C3%A4y+Suomelle+kalliiksi/1135224438996> [Luettu 26. 3. 2009]

Helsingin Sanomat, 23. 1. 2009: "Tuleva komentaja: Läski on Suomen pahin vihollinen"

<http://www.hs.fi/kotimaa/artikkeli/Tuleva+komentaja+l%C3%A4ski+on+Suomen+paha+vihollinen/1135242991450> [Luettu 3. 4. 2009]

Helsingin Sanomat, 9. 5. 2009: ""Ryanair luopui 'läskiveron' suunnittelusta"

<http://www.hs.fi/ulkomaat/artikkeli/Ryanair+luopui+l%C3%A4skiveron+suunnittelusta/1135245823077> [Luettu 20. 5. 2009]

Kim, Soowon & Popkin Barry M. (2006) Commentary: Understanding the Epidemiology of overweight and obesity – a real global public health concern. Julkaisussa *International Journal of Epidemiology* Vol 35/2006 s. 60-63

<http://ije.oxfordjournals.org/cgi/reprint/35/1/60> [Luettu 4. 5. 2009]

Lappalainen, Katja (2006) Ruumiin valta – Vallan ruumis.  
<http://megafoni.kulma.net/index.php?art=372&am=1> [Luettu 16. 03. 2008]

Maclean, Lynne; Edwards, Nancy; Garrard, Michael; Sims-Jones, Nicki; Clinton Cathryn & Ashley, Lisa (2009) Obesity, stigma and public health planning. Julkaisussa *Health Promotion International* Vol 24 No.1 s. 88-93  
<http://heapro.oxfordjournals.org/cgi/reprint/24/1/88> [Luettu 23. 6. 2009]

Teachman, B.A & Brownell, K.D (2001) Implicit anti-fat bias among health professionals: is anyone immune? Julkaisussa *International Journal of Obesity*. Vol 25 s. 1525-1531  
<http://www.nature.com/ijo/journal/v25/n10/pdf/0801745a.pdf> [Luettu 23. 6. 2009]

Rabinow, Paul & Rose, Nikolas (2003) Thoughts on the Concept of Biopower Today  
[http://www.molsci.org/research/publications\\_pdf/Rose\\_Rabinow\\_Biopower\\_Today.pdf](http://www.molsci.org/research/publications_pdf/Rose_Rabinow_Biopower_Today.pdf)  
[Luettu 25. 11. 2009]

Suomen Lääkärilehti – Finlands Läkartidning: Julkaisija Suomen Lääkäriliitto – Finlands  
Läkarförbund r.y., Helsinki <http://www.laakarilehti.fi/>

Suomen Lääkäriliitto – Läkarförbund: <http://www.laakariliitto.fi/>

## Liite 1. Tutkimusaineisto

Tutkimusaineistona käytetyt Suomen Lääkärilehden artikkelit vuosilta 1995-2008

Aineisto on suoraan haettavissa elektronisessa muodossa osoitteesta:

[http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/brsdbsel.pl?session\\_id=98332.3265932521](http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/brsdbsel.pl?session_id=98332.3265932521)

[kirjoita hakukenttään esim. suoraan kyseinen otsikko tai hakusanoiksi ”lihavuus” or ”ylipaino”]

Huom. Artikkeleiden hakuun tarvitaan ”fimnet” -tunnus, joka löytyy useimpien yliopistojen kirjastoista. Aineisto on saatavissa myös paperillisena Jyväskylän yliopiston kirjastosta.

1-2/1995 ”Lihavuuden lähteillä”

12/1995 ”Lapsuusiän lihavuuden hoidon järjestäminen”

27/1995 ”Liikapainon hoito on vuosien projekti”

10/1997 ”Lihavuuden hoito erikoissairaanhoidossa”

26/1997 ”Lihavuustutkijoiden kongressin antia UC-proteiinista  
lihavuuden psykososiaalisiin seurauksiin”

14/1999 ”Ravitsemustutkijat koolla Kuopiossa”

36/1999 ”Kaukosäädin kätköön lasten ylipainon torjumiseksi”

6/2000 ”Professori Claude Bouchard: Lihavuuden hoito otettava vakavasti”

12/2000 ”Ihmisen fysiologia ei tue laihuneen painonhallintaa Ihannepainon tavoittelusta  
siirryttävä pienten tavoitteiden painonhallintaan”

38/2000 ”Suojaa syömisen harharetkiin”

34/2000 ”Lihavuuden ehkäisy terveydenhuollossa”

23/2001 ”Liikunta painonhallinta ja syöpä”

33/2001 ”UKK-instituutin uusi johtaja: Mikael Fogelholm peräänkuuluttaa arkiliikuntaa”

37/2001 ”Lihavuuden ehkäisyn seminaari vuonna 2015”

6/2002 ”Suomalaisten ravitsemus- ja terveystrendit”

10/2002 ”Miehet lihavampia kuin koskaan, naistenkin vyötärölihavuus yleistyy”

22/2002 ”Lihavuuden hoidosta ensimmäinen Käypä hoito -suositus Kenen kannattaa  
laihuttaa?”

9/2003 ”Lapsetkin saavat oman lihavuuden hoitosuosituksen”  
10/2003 ”Aikuisten lihavuuden hoito - mikä on realistista ja hyödyllistä?”  
15/2003 ”Suomalaisten ruokavalio suosituksiin verrattuna”  
23/2003 ”Painonhallinta vaatii malttia”  
30-32/2003 ”Lihavuus on muutakin kuin ylipainoa”  
49-50/2003 ”Laihdutuslääkkeet lihavuuden hoidon tukena”  
8/2004 ”Lihavuus ja sen taustat Suomessa - liikakilot kasvavana haasteena”  
23/2004 ”Lihavuus- ja diabetestutkijat yhteisessä kokouksessa: Diabeteksen ja lihavuuden torjunnassa ei voi aikaila”  
49-50/2004 ”Tiede tuottaa tietoa lihavista lapsista, mutta tilastot laahaavat jälkijunassa”  
39/2005 ”Keskivartalo-lihavuus kuriin!”  
42/2005 ”Nuorten nopea lihominen hätkähdyttää”  
47/2005 ”Nuorten lihominen haastaa kansanterveysvastuuseen”  
18/2006 ”Kiristäkää vyötä”  
19/2006 ”Mitä sanat liikapaino, ylipaino ja lihavuus tarkoittavat?”  
27-31/2006 ” Ruotsalaislapset joutuvat laihdutuskuurille”  
32/2006 ”Onko yli 70-vuotiaan tarpeen laihduttaa?”  
41/2006 ”Laatua lihavuuden ehkäisyyn”  
6/2007 ”Uutta toivoa lihavuuden hoitoon”  
8/2007 ”Lasten lihavuuden ehkäisy nykyistä johdonmukaisemmaksi”  
38/2007 ”Ylipaino ja sydämen vajaatoiminta - liikaa rasvaa vai kudosturvotuksia?”  
1-2/2008 ”Leikkaus on tehokas hoito sairaalloiseen lihavuuteen”  
3/2008 ”Lievä ylipaino onkin elinajan ennusteen kannalta edullista”  
6/2008 ”Ymmärrys lihavuuden ja syövän yhteyksistä on vankka”  
23/2008 ”Mitä ajattelette painostanne?”  
33/2008 ”Lihavuus lihottaa monenlaisia yrityksiä”  
34/2008 ”Nuorten lihavuus voi jatkossa näkyä kuolleisuustilastoissa”  
36/2008 ”Lasten lihavuutta ei pidä vähätellä”  
36/2008 ”Kansalliset tilastot eivät kerro koko totuutta lasten lihavuudesta”  
42/2008 ”Lihavuus vähentää miehen hedelmällisyyttä”  
48/2008 ”Onko lihavuuskirurgia räjähtämässä käsiin?”